

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**LITERACIA E SAÚDE MENTAL POSITIVA:**

**Tradução e validação de um instrumento de avaliação em literacia de saúde  
mental**

**LITERACY AND POSITIVE MENTAL HEALTH:**

**Translation e validation of a mental health literacy evaluation instrument**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor  
José Carlos Carvalho

Adriana Cardoso Loureiro

Porto, 2018



## **AGRADECIMENTOS**

Finda a realização do presente trabalho concluem-se dois anos de partilhas e aprendizagens na Escola Superior de Enfermagem do Porto, torna-se relevante agradecer aos muitos que colaboram para que a execução do mesmo fosse possível. Assim agradeço:

Ao Professor Doutor José Carlos Carvalho, que orientado o desenvolvimento deste trabalho, sempre procurou exigir um pouco mais, no sentido, da valorização da disciplina de Enfermagem. Fazendo-o com a sua boa disposição que lhe é característica.

Ao Enfermeiro Luis por procurar motivar-me nos momentos mais complicados e desafiantes, e por em cada momento que questionava querer efetivamente saber a resposta à mesma.

À Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela autorização para a realização da colheita de dados junto dos alunos.

Ao Professor Filipe Pereira, coordenador do CLE, pela disponibilidade e facilitação para o decorrer da recolha de dados.

Aos professores do CLE, pela autorização e colaboração na recolha de dados, pelo acolhimento positivo e pela facilitação do desenvolvimento do processo.

Aos alunos do CLE, pela disponibilidade e colaboração, sem a qual não seria possível a realização do presente trabalho.

Às pedras basilares neste percurso, os meus pais, a Rita, o Eduardo, o Sr. José e a Sra. Irene, uma vez que sem eles a realização deste trabalho não seria possível.



## **ABREVIATURAS**

ACHA - The American College Health Association

DGS - Direcção Geral da Saúde

FA - Frequência Absoluta

FR - Frequência Relativa

Et al. - “e outros”

HMLS - Health Mental Literacy Scale

Ibidem - “do mesmo autor”

LS - Literacia em Saúde

LSM - Literacia em Saúde Mental

QSM+ - Questionário de Saúde Mental Positiva

RV1 - Retroversão 1

RV2 - Retroversão 2

RV12 - Síntese de Retroversões

SMP - Saúde Mental Positiva

T1 - Tradução 1

T2 - Tradução 2

T12- Síntese de traduções

WHO - World Health Organization



## RESUMO

Os estudantes do ensino superior vivenciam uma transição na qual precisam de obter resultados positivos ao nível pessoal e académico no qual é importante um estado ótimo de saúde mental, em simultaneidade vivenciam as transições inerentes ao seu estadió de desenvolvimento, início da fase adulta- No seu processo formativo fazem uso recorrente das novas tecnologias. Destacando-se que atualmente as novas tecnologias (computadores, internet, telemóveis, tablet's, etc) constituem parte integrante do dia a dia de todos, particularmente das gerações mais novas. O desenvolvimento tecnológico criou novas vias e formas para as pessoas se comunicarem através do recurso à Internet. Constata-se que 61% da população portuguesa apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado. Demonstram a relação entre níveis de literacia inadequados e as implicações na saúde individual e coletiva. Sendo que melhores níveis de literacia em saúde se relacionam com melhores resultados em saúde.

A proposta para dissertação enquadra-se no domínio da Literacia e da Saúde Mental Positiva dada a preocupação atual com estas problemáticas. Com este projeto de investigação pretende-se analisar a literacia e a saúde mental nos estudantes do ensino superior, definindo-se como objetivo norteador, “efetuar a avaliação diagnóstica da saúde mental positiva e da literacia em saúde mental dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem”.

A amostra foi constituída por 447 alunos, que receberam o questionário em formato de papel em sala de aula, sendo a participação voluntária e anónima. O questionário tem três elementos: caracterização sociodemográfica (14 questões), Questionário De Saúde Mental Positiva (39 questões) e *Health Mental Literacy Scale* (35 questões).

O *HMLS* foi objeto de tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa. Este processo compreendeu: Tradução; Síntese das traduções; Retroversão; Síntese das retroversões; Painel de peritos (ICG=96.36%) e pré-teste (n= 41). A versão obtida deste processo foi usada para a avaliação da literacia em saúde mental. Utilizou-se como referencial as etapas metodológicas, apresentadas por Beato *et al.* (2002) e Ferreira *et al.* (1998) na adaptação intercultural de instrumentos de medida em saúde. Alcançado a adaptação intercultural do instrumento.

Verificou-se a existência de uma correlação positiva entre a literacia em saúde mental e a saúde mental positiva ( $r=-0.169$ ;  $n=447$ ;  $p=0.0001$ ), sendo que os alunos apresentam bons resultados quer ao nível da sua saúde mental positiva quer ao nível da literacia em saúde mental. A versão portuguesa da escala *HMLS*: manteve as equivalências, conceptual e linguística; obteve bons índices de validade de conteúdo. Propondo-se uma primeira versão em português do *HMLS*: Escala de Literacia em Saúde Mental.





## ABSTRACT

University students experience a transition in which they need positive results at a personal and academic level in which an optimal state of mental health is important, at the same time, they experience the transitions inherent of their stage of development, beginning of adulthood. During the training process they make recurrent use of new technologies. It should be noted that new technologies (computers, internet, mobile phones, tablet's, etc.) are now an important part of the daily lives of all, particularly the younger generations. Technological development has created new ways for people to communicate through the use of Internet. It is observed that 61% of the Portuguese population presents a level of problematic or inadequate health literacy. They demonstrate the relationship between inadequate levels of literacy and the implications for individual and collective health. Better levels of health literacy are related to better health outcomes.

The dissertation proposal falls within the field of Literacy and Positive Mental Health given the current concern with these issues. With this research project we intend to analyse the correlation between literacy and mental health in university students, having defined as a guideline objective, "To carry out the diagnostic evaluation of the positive mental health and mental health literacy of the undergraduate nursing students".

The sample consisted of 447 students, whose participation was voluntary and anonymous, received the questionnaire, in paper format, in the classroom. The questionnaire has three elements: socio-demographic characterization (14 questions), Positive Mental Health Questionnaire (39 questions) and Health Mental Literacy Scale (35 questions).

The Health Mental Literacy Scale was subject to translation, cultural adaptation and validation for the Portuguese population. This process comprised: translation; synthesis of translations; retroversion; synthesis of retroversions; panel of experts (ICG = 96.36%) and pre-test (n = 41). The version obtained from this process was used for the evaluation of mental health literacy. The methodological steps presented by Beaton et al. (2002) and Ferreira et al. (1998) in the intercultural adaptation of instruments of measurement in health were taken into consideration and served as the basis for the translation process. The intercultural adaptation of the instrument was achieved.

There was a positive correlation between mental health literacy, mental health and positive mental health ( $r = -0.169$ ;  $n = 447$ ;  $p = 0.0001$ ), with students showing good results both in terms of their positive mental health and mental health literacy. The Portuguese version of the HMLS scale: maintained the conceptual and linguistic equivalences; achieved good content validity indexes. Proposing a first Portuguese version of the HMLS: Mental Health Literacy Scale



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>I.ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
1. ADOLESCÊNCIA.....	19
2. SAÚDE MENTAL .....	23
2.1. Saúde Mental Positiva .....	27
3. LITERACIA PARA A SAÚDE .....	35
3.1. Literacia em Saúde Mental .....	41
4. LITERACIA E SAÚDE MENTAL NOS JOVENS ADULTOS.....	47
<b>II. METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
5.1. Objetivos do Estudo .....	49
5.2. Tipo de Estudo .....	49
5.3. População e Amostra .....	50
5.4. Descrição dos Instrumentos de Colheita de Dados .....	51
5.4.1. Caracterização Sociodemográfica .....	51
5.4.2. Questionário de Saúde Mental Positiva .....	52
5.4.3. Mental Health Literacy Scale.....	53
5.4.3.1. Procedimento de Adaptação Intercultural do Mental Health Literacy Scale .....	55
Equivalências: Conceptual e Linguística .....	59
Etapa I - Tradução.....	60
Etapa II - Síntese de Traduções.....	61
Etapa III - Retroversões.....	61
Etapa IV - Síntese de Retroversões.....	62
Validade de Conteúdo .....	62
PAINEL DE PERITOS .....	63
PRÉ-TESTE .....	69
5.5. Recolha e Análise de Dados .....	72
5.6. Considerações éticas .....	73
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>77</b>
6.ANÁLISE DESCRITIVA .....	77
6.1. Caracterização sociodemográfica .....	77

6.2. Questionário Saúde Mental Positiva .....	80
6.3. Escala de Literacia em Saúde Mental.....	83
6.4. Análise Inferencial .....	86
6.4.1. Saúde Mental Positiva .....	86
6.4.2. Literacia em Saúde Mental.....	88
6.4.3. Literacia e Saúde Mental Positiva.....	89
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	91
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>99</b>
CONTRIBUTOS .....	101
LIMITAÇÕES AO ESTUDO.....	101
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>
Anexo 1. Operacionalização das variáveis incluídas na Caracterização Sociodemográfica.	
Anexo 2. Autorização para uso do QSM+.	
Anexo 3. Autorização para uso do HMLS	
Anexo 4. Relatório de divergências e síntese de traduções (T-12)	
Anexo 5. Relatório de divergências e síntese de retroversões (RV12)	
Anexo 6. Questionário usado na avaliação pelo painel de peritos	
Anexo 7. Versão 1.0 na língua portuguesa da escala HMLS	
Anexo 8. Parecer e O'Conner sobre a versão 1.0 na língua portuguesa do HMLS.	
Anexo 9. Autorização pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto	
Anexo 10. Questionário	
Anexo 11. Consentimento livre e esclarecido - painel de peritos.	
Anexo 12. Consentimento livre e esclarecido - estudantes de enfermagem	
Anexo 13. Consentimento livre e esclarecido - retroversores	
Anexo 14. Consentimento livre e esclarecido - tradutores	
Anexo 15. Resultados estatísticos QSM+	
Anexo 16. Resultados estatísticos Escala de Literacia em Saúde Mental	
Anexo 17. Análise Inferencial: Saúde Mental Positiva	
Anexo 18. Análise Inferencial: Literacia em Saúde Mental	
Anexo 19. Análise Inferencial: Literacia e Saúde Mental Positiva	

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1:</b> Desenvolvimento cognitivo na adolescência segundo Piaget (1976). ...	20
<b>Tabela 2:</b> Correspondência entre nomenclatura CIPE e Modelo de Saúde Mental Positiva (critérios e definição dos fatores) proposto por Lluch (Adap. Leite, 2016). .....	32
<b>Tabela 3:</b> Níveis de Literacia para a Saúde propostos por Nutbeam (2000). ....	37
<b>Tabela 4:</b> Diferenças estruturais entre a versão espanhola e portuguesa do QSM+. .....	52
<b>Tabela 5:</b> Operacionalização das variáveis incluídas no QSM+. ....	53
<b>Tabela 6:</b> Operacionalização dos atributos do MHLS (Adaptado. O'Connor et al., 2015). ....	55
<b>Tabela 7:</b> Etapas da técnica Delphi (Adaptado de Haughey, 2018). ....	64
<b>Tabela 8:</b> Item introdução alterado na versão T12 pelo painel de peritos. ....	67
<b>Tabela 9:</b> Item de resposta 1 alterado na versão T12 pelo painel de peritos. ....	67
<b>Tabela 10:</b> Item de resposta 2 alterado na versão T12 pelo painel de peritos. ...	68
<b>Tabela 11:</b> Operacionalização das variáveis incluídas no HMLS. ....	69
<b>Tabela 12:</b> Distribuição dos indivíduos que compõe a amostra por grupo etário e ano de licenciatura. ....	78
<b>Tabela 13:</b> Níveis de SM+. ....	81
<b>Tabela 14:</b> Níveis de literacia em saúde mental. ....	83
<b>Tabela 15:</b> Atributos LSM no HMLS. ....	84



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1:</b> Modelo estrutural de saúde mental (Adaptado WHO; 2015). ....	23
<b>Figura 2:</b> Modelo de saúde mental completa (adaptado de Keyes & Lopez, 2002, por Santos, 2011). ....	26
<b>Figura 3:</b> Continuum de Saúde Mental (Adaptado de Alberta Health and Wellness, 2006). ....	31
<b>Figura 4:</b> Modelo com dois continuum (Adaptado de Public Health Agebcy of Canada, 2009). ....	31
<b>Figura 5:</b> Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde. Fonte: Saboga-Nunes (2014). ....	39
<b>Figura 6:</b> Representação gráfica das etapas do processo de adaptação intercultural do HMLS. ....	59
<b>Figura 7:</b> Gráfico da distribuição dos itens da versão portuguesa da escala HMLS segundo as classes de significado. ....	66





## INTRODUÇÃO

A saúde mental, apesar do seu cariz positivo, ao longo da história e evolução do conceito, era considerada como estando associada a sintomas e patologias mentais, assumindo uma perspetiva negativa (WHO, 2008). Esta é uma das principais razões para justificar o estigma em relação a esta área da saúde.

Esta perspetiva evoluiu para uma conotação positiva, decorrente da investigação das últimas décadas, contribuindo para um melhor entendimento da saúde mental. De acordo com esta abordagem, a saúde mental, é perspetivada como um estado de funcionamento ótimo que permite às pessoas reconhecer as habilidades que possuem para lidarem com o *stress* normal do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva, dando um contributo a si próprias e à comunidade (WHO, 2005).

Verifica-se que esta conceção rompe com o postulado tradicional de assistência médica, focado na cura e tratamento, e redirecionada parte da atenção assistencial para a promoção e prevenção da saúde nas suas dimensões (Lluch, 2003).

Nesta perspetiva emerge o conceito de Saúde Mental Positiva (SMP), que corresponde a um conjunto de características psicossociais que permitem a cada indivíduo ter o funcionamento ótimo descrito pela WHO (Keyes 2002, 2007; Monte *et al.*, 2015). A SMP trata-se de um construto que provem da interação entre seis fatores ou características psicossociais: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal (Jahoda, 1958; Lluch, 1999, 2002, 2003).

As investigações têm demonstrado objetivamente uma associação positiva entre a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros com melhores resultados em saúde, como o aumento da longevidade e do bem-estar (Rasmussen *et al.*, 2009; Diener *et al.*, 2011). Destes resultados emerge uma interação estreita entre a saúde mental e a saúde física, o que coincide com o paradigma holístico de saúde e com a conceção de saúde da WHO (WHO, 2005).

Nesta perspetiva, deve-se entender que ao longo do ciclo vital do ser humano, a saúde deste é influenciada pelo organismo interno, pela perceção individual deste das experiências e vivências e pelo contacto contínuo com o ambiente no qual se insere. Assim, os estados de saúde/doença, resultam da relação entre múltiplos aspetos que ocorrem na vida do sujeito. A saúde pode ser considerada com um equilíbrio entre as dimensões que compõem cada indivíduo e destas com o meio ambiente em que se insere (Martí, 2000; Stefanelli, 2008; Fukuda *et al.*, 2008).

Este estado de equilíbrio pode ser alterado pelos fatores *stressantes* na vida pessoal do indivíduo. Assim, a pessoa terá de desenvolver estratégias que a ajudem a ultrapassar

positivamente estas dificuldades ou que o permitam adaptar-se à nova situação. No entanto, se estas forem insuficientes ou ineficazes, se o ambiente não for o adequado ou se a pessoa não contar com o apoio/assistência necessária, apresentará maior risco para o desenvolvimento de sintomas do foro mental.

Salientar que as doenças mentais são cada vez mais comuns e o seu impacto afeta populações de todo o mundo. Em 1990, os transtornos mentais e da conduta representavam 11% da carga total das doenças mentais a nível mundial e prevê-se que em 2020 irá aumentar até 15% (WHO;2001a, 2008).

Esta carga de doença afeta todos os indivíduos independentemente da faixa etária/estadio de desenvolvimento. Os estudantes do ensino superior, não são exceção. Estes vivenciam uma transição na qual precisam de obter resultados positivos ao nível pessoal e académico no qual é importante um estado ótimo de saúde mental, em simultaneidade vivenciam as transições inerentes ao seu estadio de desenvolvimento, início da fase adulta (Sequeira *et al.*, 2014). A inquietação e atenção para com esta problemática advém da identificação pessoal com a exigência que advém deste período de transição específico, dado que o investigador apenas há quatro anos terminou a licenciatura.

Existindo uma relação direta entre o nível de literacia e as respetivas implicações na saúde individual e coletiva. Pedro e colaboradores (2016) constaram que 61% da população portuguesa apresenta um nível de literacia em saúde (LS) problemático ou inadequado. Demonstram a relação entre níveis de literacia inadequados e as implicações na saúde individual e coletiva. Sendo que melhores níveis de literacia em saúde se relacionam com melhores resultados em saúde (Pedro *et al.*, 2016).

Considerando este impacto e a relação demonstrada entre os resultados em saúde e a LS, teve-se interesse em perceber a relação entre a SMP e a literacia em saúde mental (LSM) nos estudantes do ensino superior. Foram colocadas as seguintes questões: Qual a relação entre a SMP e a LSM? Será que melhores níveis de SMP se associam a melhores níveis de LSM?

Deste propósito emergiu um objetivo principal, norteador do processo de investigação: “Efetuar a avaliação diagnóstica da saúde mental positiva e da literacia em saúde mental dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem”. Como objetivos específicos definiram-se:

- ↳ proceder à adaptação do instrumento de medida da LSM;
- ↳ Identificar os níveis de SMP de acordo com os fatores do modelo multifatorial;
- ↳ Identificar os níveis de LSM de acordo com os componentes considerados no seu construto;
- ↳ analisar a influência das características sociodemográficas e da LSM na SMP.

De forma a concretizar estes objetivos, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, de caráter exploratório, descritivo e transversal. No entanto, apesar de a intenção primária ser a avaliação da SMP e da LSM nos estudantes do ensino superior, optou-

se por realizar análises comparativas, entre as variáveis em estudo, de forma a concretizar os objetivos específicos e visando enriquecer a investigação.

Este documento encontra-se estruturado em cinco partes principais: introdução, enquadramento teórico, metodologia, resultados e conclusões.

O enquadramento teórico compreende a revisão bibliográfica na qual são expostos os conceitos e campos de conhecimento nos quais se enquadra esta dissertação. É composto por quatro capítulos principais. No primeiro caracteriza-se a adolescência como etapa do processo desenvolvimento do indivíduo e que contribui para a consolidação da identidade potenciando uma transição saudável para idade adulta. Segue-se uma abordagem sobre a perspetiva de saúde mental atual e conceitos associados particularizando o construto de SMP. No capítulo seguinte abordam-se os conceitos de literacia da saúde e de literacia em saúde, particularizando a literacia em saúde mental. Termina-se com uma abordagem acerca da relação entre a SMP e a LSM como problemáticas atuais e que se interligam na obtenção de resultados em saúde.

Na metodologia, pretende-se definir a perspetiva segundo a qual se desenvolve e norteia o presente trabalho, com o objetivo de demonstrar a sua significância. De acordo com Fortin (2009a) trata-se de *uma breve explicação das relações entre os conceitos-chave de um estudo (...) interligados e reunidos em razão das suas ligações com o problema de investigação (Ibidem, pp. 121,122)*. São explanadas as opções metodológicas do processo de tradução e validação da HMLS. No decorrer do processo justificar-se-ão as opções tomadas.

A quarta parte, resultados, destina-se à análise dos dados e resultados obtidos. Sendo que para a análise de dados opta-se por primariamente realizar e apresentar a estatística descritiva seguindo-se da estatística inferencial, onde se realiza a análise dos dados mediante a comparação das médias na SMP e na LSM. Seguindo-se da interpretação dos dados obtidos e da comparação destes com as evidências científicas.

Em último apresentam-se as conclusões obtidas ao longo do desenvolvimento deste processo de investigação, bem como os contributos para a enfermagem e as limitações identificadas no seu decorrer e propõem-se sugestões para consideração em futuras investigações.



## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. ADOLESCÊNCIA

A adolescência, é o ato de “crescer para a vida adulta”, trata-se de uma etapa de desenvolvimento em que o sujeito vivencia um processo crescente de maturação física, sexual, social e psicológica de modo a se transformar em adulto (Resende *et al.* 2013; Gaete, 2015).

Esta fase de maturação caracteriza-se por intensas mudanças nas diversas dimensões que compõem o sujeito. Enquanto que o seu início está relacionado com mudanças exclusivas do sujeito, a nível físico e sexual (puberdade), o seu fim é de origem sociológica e trata-se da sua envolvimento com o meio (independência, adoção de papéis característicos da vida adulta, estruturação de personalidade). Assim torna-se difícil estabelecer o momento exato em que começa e no qual acaba, uma vez que esta fase depende exclusivamente das características genéticas e sociais de cada indivíduo, bem como da sua interação com o meio (Gaete, 2015). A WHO define esta fase como um processo de desenvolvimento que ocorre entre os 10 e os 19 anos, no entanto tal premissa tem vindo a ser alongada devido a alterações das condições sociais e culturais.

No ocidente, a puberdade tem vindo a aparecer antecipadamente devido a vários fatores, por um lado devido à melhoria das condições de higiene, saúde infantil e nutrição (Sawyer *et al.*, 2012), por outro devido às mudanças na educação e nas dinâmicas familiares. De acordo com Payne (2010) a educação das crianças na atualidade apresenta excessos em quatro pilares: informação, opções de brinquedos/coisas materiais e velocidade. Estes fatores impedem as crianças de disfrutar plenamente as maravilhas da infância e promovem a sua redução temporal.

Se por um lado se reduz o tempo de infância, por outro a independência, a autonomia, a maturação psicossocial e a adoção de papéis na vida adulta tem vindo a ser prolongado, uma vez que os jovens demoram mais tempo para conseguir a sua independência económico-social, seja pelo aumento do tempo de estudos académicos, por dificuldades em entrar no mercado de trabalho ou apenas pela comodidade ou habituação de continuar no núcleo familiar (Gaete, 2015).

Muito embora não exista um modelo específico para a adolescência que possa ser aplicado a todos os jovens, ignorando a individualidade de cada um, o desenvolvimento psicossocial na adolescência apresenta, normalmente, características comuns e um padrão progressivo dividido em 3 fases (Breinbauer *et al.*, 2005): Fase inicial (dos 10 aos 13-14 anos); Fase média (dos 14-15 aos 16-17); Fase Final (dos 17-18 anos em diante).

Na adolescência, tal como em todas as etapas do ciclo vital, existe um conjunto de tarefas que tem de ser realizadas com sucesso de forma a permitir um correto funcionamento adaptativo em etapas posteriores da vida. De acordo com Erickson (1996) a principal tarefa na adolescência é a procura da identidade, “quem sou eu?”; esta é única e permanente, diferencia o indivíduo da restante família, dos seus pares e da sociedade.

A descoberta da identidade, no fim da adolescência e no início da vida adulta, implica: a aceitação do próprio corpo, a aceitação da própria personalidade e da identidade sexual e vocacional, a definição de uma ideologia pessoal com valores próprios (Gaete, 2015). A dependência do indivíduo pelos seus pais é transferida ao grupo de pares (novas figuras de identificação), esta mudança torna-o psicologicamente vulnerável às críticas dos mesmos, assim como à aquisição de determinados comportamentos, tanto positivos como negativos para a saúde (Breinbauer *et al.*, 2005; Gaete, 2015).

Este distanciamento relaciona-se com a autonomia, outra das tarefas próprias da adolescência. Para atingir autonomia, a nível emocional e económico, ocorre uma separação progressiva com a família, que se poderá traduzir em conflitos no seio familiar, despontadores de sentimentos de insegurança no jovem. Este procurará apoio no grupo de pares. Assim, a identificação com o grupo, permite reforçar as mudanças do eu e das suas atitudes, o que contribui para o bem-estar e desenvolvimento psicossocial do jovem. Ainda, no sentido de atingir autonomia económica, o jovem deverá igualmente adquirir destrezas laborais e vocacionais que lhe permitam a sua inserção laboral e, portanto, a obtenção da independência económica (Gaete, 2015).

A concretização das tarefas anteriormente descritas irá ser facilitada por uma série de fenómenos, como, o desenvolvimento de habilidades cognitivas. Na adolescência o jovem deixa gradualmente o pensamento concreto (infantil) para passar ao pensamento abstrato (adulto) dotando-o de habilidades de raciocínio mais avançadas (Tavares *et.al.*, 2007; Gaete, 2015). Este encontra-se descrito na tabela 1.

Pensamento concreto (infantil)	Pensamento abstrato (adulto)
Pensamento é limitado ao “aqui e agora” Incapacidade em estabelecer ligações entre si e os factos verificados	Capacidade em pensar no futuro e estabelecer um plano de vida  Capacidade em construir teorias explicativas, cruzar conceitos e deduzir axiomas
Pensamento limitado ao que de facto existe	Capacidade em pensar sobre coisas que não existem e que pertencem ao domínio do impossível ou imaginação, permitindo a reflexão sobre diversas temáticas com maior ou menos grau de abstração
Pensamento apenas sob a própria perspetiva	Capacidade para pensar sob a perspetiva do outro  Permite entender e construir teorias Permite participar em sociedade e adotar atitude analítica e crítica sobre ideologias e sobre o próprio pensamento Raciocínio hipotético-dedutivo

Tabela 1: Desenvolvimento cognitivo na adolescência segundo Piaget (1976).

Assim, quando o desenvolvimento do jovem for positivo e bem-sucedido nesta etapa da vida, este irá apresentar autonomia psicológica (identidade e sentido de si mesmo, capacidade de tomar decisões e de assumir funções e responsabilidades) e, segundo as circunstâncias, independência física (capacidade de se distanciar da vida familiar e ser autossuficiente) no início da vida adulta.

Na fase final da adolescência (dos 17-18 anos em diante), última etapa do desenvolvimento para atingir a independência e autonomia do jovem, ocorre o aumento da integração de personalidade e uma maior tranquilidade. Se as etapas anteriores tiverem sido completadas com sucesso, e se o jovem tiver o apoio familiar e dos amigos, então este estará no caminho correto para poder assumir as suas responsabilidades na vida adulta, se pelo contrário as etapas anteriores não tiverem sido ultrapassadas com êxito, o jovem, poderá desenvolver problemas, como depressão ou transtornos emocionais, motivados pelo aumento da independência e responsabilidade da vida adulta.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicológico, a identidade do jovem encontra-se mais forte e a autoimagem deixa de ser definida pelo grupo, mas sim pelo critério pessoal. O jovem passa a estar consciente das suas limitações e desenvolve a capacidade para estabelecer planos futuros e tomar decisões de forma independente. São realizadas as eleições educacionais e laborais, pelo jovem, de acordo com os seus interesses, capacidades e oportunidades de forma a garantir a sua independência financeira. O controlo dos impulsos aumenta, a gratificação imediata das suas necessidades é menos intensa e aparece a capacidade de se comprometer.

Estabelece-se o pensamento abstrato e atinge-se o pensamento hipotético-dedutivo, aumentando a capacidade de prever consequências e a capacidade para resolver problemas. A influência do grupo de pares diminui com o aumento do sentimento de conforto do jovem com os seus próprios princípios e identidade. Deste modo, ao atingir a sua própria identidade, a atenção do jovem volta-se novamente para a sua família, sendo capaz de apreciar os seus valores e experiência. No que concerne ao desenvolvimento sexual, as mudanças do corpo e a imagem corporal são aceites pelo jovem. O seu interesse pelo estabelecimento de relações pessoais, íntimas e estáveis baseadas na compreensão, na partilha de valores, interesses e no cuidado mútuo, aumenta.

Face ao exposto, é importante destacar que uma vez finalizada a adolescência, os adultos jovens terão igualmente de concretizar tarefas de desenvolvimento próprias deste novo ciclo vital, uma vez que, o desenvolvimento do ser humano, portanto, não acaba no fim da adolescência, mas continua ao longo de toda a vida. Com efeito, esta pode ser caracterizada como uma transição de desenvolvimento, que tem lugar entre a infância e a vida adulta, e cujas propriedades e condições devem ser estudadas de forma individual no sentido de analisar o progresso da transição e de identificar se esta é considerada saudável ou não.





## 2. SAÚDE MENTAL

O conceito de saúde mental não poderá ser dissociado do de saúde. Tradicionalmente a saúde é entendida como a ausência de patologia/doença (Lamers *et al.*, 2011). Sendo o foco de atenção as pessoas doentes, limitando a intervenção ao tratamento dos transtornos mentais (Lavikainen *et.al.*, 2000).

Em 1948 a WHO propõe uma definição positivista de saúde em que a considera como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença.

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata a saúde é vista não como uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades. No entanto, o “*senso comum*”, a linguagem de todos os dias, tende a pensar a saúde mental como doença (Ribeiro, 2011).

Veit e colaboradores (1983) destacam que distinguir indivíduos sem psicopatologia, isto é, diferenciar indivíduos saudáveis de outros mais saudáveis não tinha aparentemente importância para quem abordava a temática, sendo facto que a esmagadora maioria da população não sofre de doença mental (Ribeiro, 2011).

No final do séc.XX Filho e colaboradores (1999) consideram que a saúde mental significa um “*socius saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida (...) o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política*” (Filho, *et al.*, 1999, pp. 123).

Desta definição e com a celebração da Carta de Ottawa em 1986 emerge uma vertente mais salutogénica em que as intervenções são alargadas à promoção abandonando o tratamento como única resposta possível em saúde. Estas contemplam o modelo estrutural de saúde mental (figura 1) proposto pela WHO (2015).

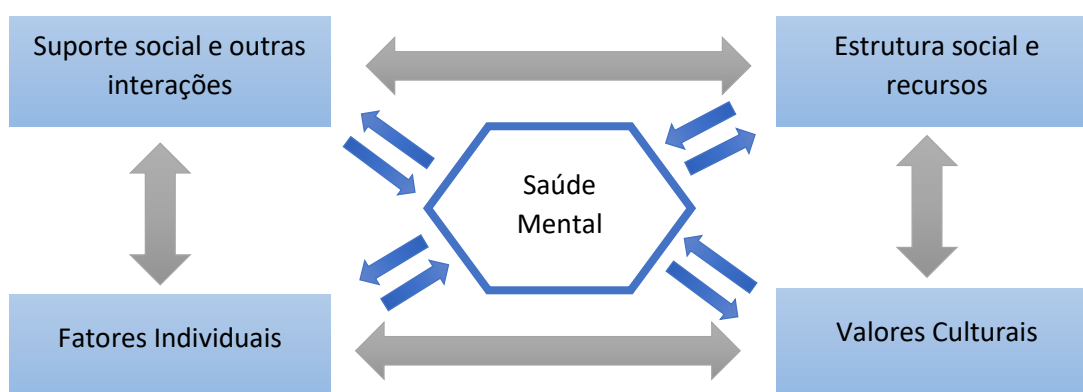


Figura 1: Modelo estrutural de saúde mental (Adaptado WHO; 2015).

Esta perspectiva mais positiva fundamenta-se no princípio de que a saúde mental não significa apenas a ausência de doença mental, como contempla também características psicossociais positivas no indivíduo que lhe permitem proteger-se perante as adversidades da vida (Keyes 2002, 2007).

A definição do conceito de saúde mental nem sempre é consensual pelas diferenças étnicas, culturais, de classe, de país. No entanto, em 2001 a WHO propõe a seguinte definição: *“um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, trabalhar produtiva e é capaz de contribuir para a comunidade”* (WHO, 2001, p.1). Conclui-se que a saúde mental é parte integrante da saúde, e estas não existem separadamente, isto é, a saúde mental, física e social são interdependentes (Ribeiro, 2011).

É neste contexto de desenvolvimento que a saúde individual e comunitária abrange as preocupações políticas e sociais e a saúde é perspectivada como um valor e direito coletivo, com a necessidade de envolver parceiros multisectoriais. A saúde é então perspectivada como um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam (Carta de Ottawa, 1986).

Esta perspetiva é integrada na visão do Plano Nacional de Saúde português que visa *“maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”* (DGS, 2015, pp. 8).

Em 1998 a WHO define promoção da saúde como sendo o processo *“que assegura às pessoas os meios para terem maior controlo sobre o seu nível de saúde e serem capazes de o melhorar (...) não é da exclusiva responsabilidade do setor da saúde, vai para além dos estilos de vida e visa o bem-estar”* (WHO, 1998, s.p.).

Deste modo, as ações de promoção da saúde mental pretendem potenciar um estado de equilíbrio que permita aos indivíduos compreenderem, interpretar e adaptar-se ao meio circundante, estabelecerem relações significativas com os outros e tornar-se um elemento produtivo da sociedade (Cepêda, *et al.*, 2006).

É nesta perspetiva positivista e salutogénica que se releva a necessidade da promoção da saúde mental individual e comunitária pela sua influência no estado de saúde global. Pelo aumento das pressões quotidianas impostas pela sociedade atual que comporta uma carga de grande impacto para o indivíduo e comunidades que não conheçam ou possuam aptidões para se adaptarem e efetuarem as respetivas transições de forma salutar.

A saúde mental contribui para todos os aspetos da vida humana, apresentando uma relação recíproca com o bem-estar e a produtividade da sociedade e dos seus indivíduos. Apesar disto a saúde mental do indivíduo é afetada pelos seus fatores individuais, experiências e características bem como pela interação social, estruturas e recursos da comunidade e valores culturais. Estes fatores são influenciados no quotidiano do indivíduo no seio da família, escola, trabalho e na rua. Pela sua relevância a saúde mental é alvo de

uma crescente preocupação multisectorial pelo impacto que induz na produtividade dos indivíduos e das comunidades.

A DGS (2017a) no relatório do *Nacional para a Saúde Mental*, aponta como principais conclusões que: as pessoas estão a viver mais anos, mas com incapacidades na área da saúde mental, o que implica uma sobrecarga para a Sociedade; o número de mortos por saúde mental é baixo e está, na maioria, relacionado com o suicídio (sendo no Alentejo onde acontecem o maior número de suicídios, na maioria homens); maior rigor e qualidade na prescrição de medicamentos na área da saúde mental; aumentar os registos de perturbações mentais nos Centros de Saúde; aumentar os cuidados e serviços na área da saúde mental para as crianças/adolescentes e adultos.

No que concerne à promoção e prevenção a mesma entidade ressalva que: *“o registo de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011, no que diz respeito às perturbações de ansiedade, às perturbações depressivas e às demências”* (DGS, 2017a, pp.5); *“Relativamente ao consumo de medicamentos (...), observa-se um aumento (...), em todos os grupos farmacológicos, entre 2012 e 2016. No entanto, no grupo dos “Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos” verifica-se uma ligeira redução desde 2014”* (DGS, 2017a, pp.6); no que concerne *“ao consumo das substâncias psicotrópicas, (...) sobretudo durante a infância e adolescência, mantem-se a recomendação internacional quanto às limitações ao seu uso comum”* (DGS, 2017a, pp.7);

Da análise deste documento, denota-se concordância com Colunga e colaboradores (2017) ao afirmar que atualmente se vivencia um *“estado incipiente de transição para um enfoque autenticamente positivo que surja de uma postura salutogénica, (...) centrada na promoção com o objetivo de uma autêntica saúde mental positiva”* (Colunga, et al., 2017, pp. 585). Considera-se que pela sua pertinência esta abordagem deveria estar presente em todos os espaços em que o indivíduo está implicado.

De acordo com a WHO (2004) corresponde *“a um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu potencial, consegue lidar com os problemas normais da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade”* (WHO, 2004, pp.1) e que assume o seu valor está relacionado com diferentes fatores:

- ✎ A saúde mental é essencial para o bem-estar e o funcionamento dos indivíduos.
- ✎ A boa saúde mental é um recurso importante para indivíduos, famílias, comunidades e nações.
- ✎ A saúde mental, como parte indivisível da saúde geral, contribui para as funções da sociedade e tem efeito sobre a produtividade geral.
- ✎ A saúde mental diz respeito a todos, gera-se nas nossas vidas quotidianas em casas, escolas, locais de trabalho e atividades de lazer.
- ✎ A SMP contribui para o capital social, humano e económico de toda sociedade.
- ✎ A espiritualidade pode contribuir de forma significativa para a promoção da saúde mental e a saúde mental influencia a vida espiritual

A Public Health Agency of Canada (2009, pp.3) considera que “A saúde mental é a capacidade de cada um de nós sentir, pensar e agir de forma a melhorar nossa capacidade de aproveitar a vida e lidar com os desafios que enfrentamos. É uma sensação positiva de bem-estar emocional e espiritual que respeita a importância da cultura, equidade, justiça social, interconexões e dignidade pessoal”. Em suma, esta conceptualização de saúde mental representa a aproximação a um modelo de saúde mental biopsicossocial, menos centrado num modelo médico.

Neste contexto Galdersi e colaboradores (2015) propõe uma nova definição de saúde mental de acordo com a qual a saúde mental representa: *“um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas competências em harmonia com valores universais da sociedade: competências cognitivas e sociais, habilidade para reconhecer, expressar, modelar as próprias emoções, assim como empatizar com os outros; flexibilidade e habilidade para lidar com eventos de vida adversos e com as funções associadas com os seus papéis sociais; e, uma relação harmoniosa entre corpo e mente representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, em vários graus para o estado de equilíbrio interno”* (Galdersi , et al., pp. 232).

De ressaltar que apesar de a saúde mental implicar bem-estar, mas não se reduz a ele (Keyes, 2005, 2006). Segundo Keyes (2002, 2007), o “modelo de saúde mental completa” (figura 2) por ele proposto retrata esta realidade, atendendo a que p estado de saúde mental de uma pessoa resulta da conjugação do grau de bem-estar com os níveis de sintomatologia.

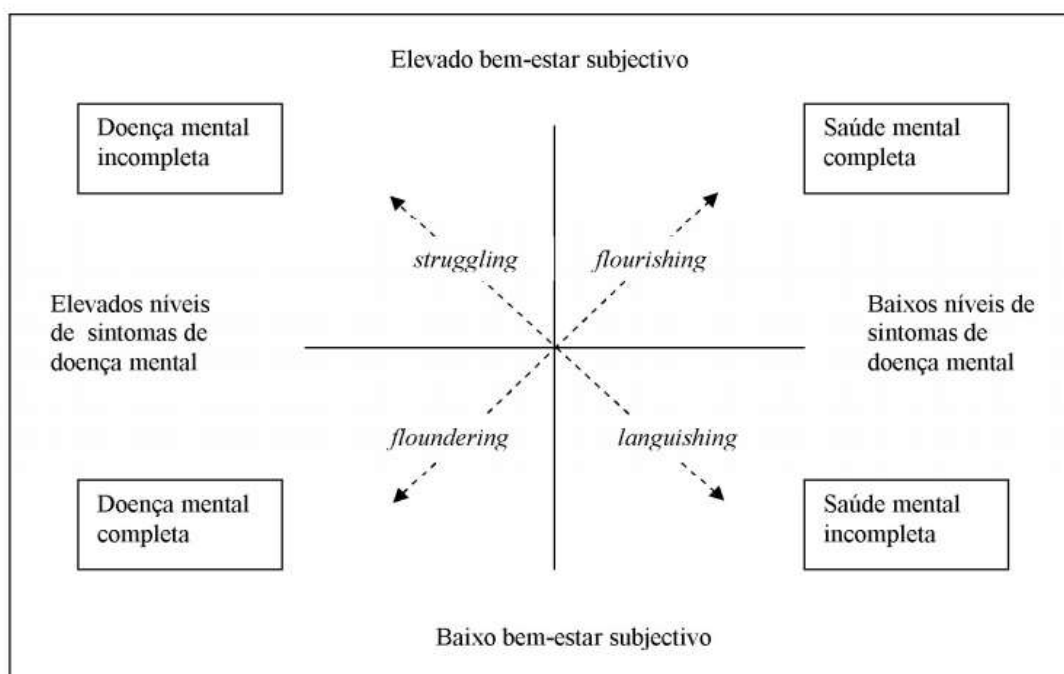


Figura 2: Modelo de saúde mental completa (adaptado de Keyes & Lopez, 2002, por Santos, 2011).

O modelo de saúde mental completa, apresentado na figura 2, “(...) representa (...), a existência de duas variáveis distintas: a sintomatologia psicopatológica e o bem-estar. Da conjugação destas duas variáveis surgem quatro cenários possíveis. Elevados níveis de sintomatologia juntamente com baixos níveis de bem-estar correspondem ao estado de doença mental completa. Quando há elevados sintomas psicopatológicos, mas elevado bem-estar, o resultado é doença mental completa. Por sua vez, quando se verifica a ausência de sintomas, mas baixo bem-estar, essa situação corresponde a saúde mental incompleta. Finalmente, o estado de saúde mental completo só é possível na ausência de sintomas psicopatológicos e na presença de elevados níveis de bem-estar, o que vai ao encontro da perspectiva da Organização Mundial de Saúde” (Santos, 2011, pp.41).

A saúde mental pode ser considerada como um recurso individual, contribuindo para a qualidade de vida do indivíduo e pode ser aumentada ou diminuída pelas ações da sociedade. Um aspeto da boa saúde mental é a capacidade de relacionamentos mutuamente satisfatórios e duradouros atingível através do equilíbrio e da harmonia entre as diferentes dimensões do indivíduo. Trata-se de um *continuum* dinâmico entre indivíduo e o ambiente, isto é, constrói-se desde os primeiros anos de vida (Nogueira, 2017), sendo influenciada pelas diferentes dimensões da pessoa, pelas condições em que se vive e cresce e pelo estágio de desenvolvimento em que se encontra (WHO, 2005, 2013).

*“A saúde mental condiciona a forma de pensar, sentir e agir das pessoas perante as diversas situações do dia-a-dia. Condiciona igualmente o modo como cada um se vê a si mesmo, como vê a sua vida, como avalia os desafios e problemas e como procura alternativas e resolve problemas”* (Nogueira, 2017, pp.43,44).

Em Portugal é notória a crescente preocupação governamental com a saúde mental dos indivíduos e da comunidade ao incluir o Programa Nacional para a Saúde Mental nos Programas de Saúde Prioritários que estabelece as metas de saúde para 2020. O PNSM compreende como uma das suas metas o aumento das ações no âmbito dos programas de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais (SNS, 2017). O que confirma a perspetiva da WHO, no Atlas de Saúde Mental 2014, em que defende que atualmente se verifica o avanço dos países na elaboração de políticas, planos e leis de saúde mental.

## 2.1. Saúde Mental Positiva

A dimensão positiva da saúde mental é enfatizada na definição de saúde da WHO. A definição destaca que os conceitos de saúde mental incluem bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência e reconhecimento da capacidade para realizar o potencial intelectual e emocional. Também foi definido como um estado de bem-estar em que os indivíduos reconhecem as suas habilidades, são capazes de lidar com as

tensões normais da vida, trabalham produtiva e frutiferamente e contribuem para suas comunidades. A saúde mental relaciona-se com a melhoria das competências de indivíduos e comunidades e capacitá-las a alcançar objetivos autodeterminados (WHO, 2002a; Srivastava, 2011).

Um corpo crescente de evidências interculturais indica que vários fatores psicológicos, sociais e comportamentais podem proteger a saúde e apoiar a saúde mental positiva. Essa proteção facilita a resistência (resiliência) à doença, minimiza e retarda o surgimento de alterações e promove uma recuperação mais rápida da doença (WHO, 2002b).

O conceito de SMP tem sido alvo de diferentes abordagens de acordo com os seus investigadores. Em 2004 a WHO, num relatório acerca da promoção da saúde mental, reúne em síntese os contributos e opiniões dos diferentes investigadores para a compreensão destes conceitos, contemplando seis aspetos relacionados à saúde mental: contexto cultural; tipos de personalidade; dimensão afetivas; abordagem salutogénica; resiliência; abordagem psicanalítica (WHO, 2004).

No que se refere ao contexto cultural, Jahoda em 1958, realiza a primeira abordagem ao conceito de saúde mental positiva, propondo um modelo que compreende três domínios (a saúde mental envolve a autorrealização, na medida em que os indivíduos podem explorar plenamente o seu potencial; a saúde mental inclui um senso de domínio pelo indivíduo no seu ambiente; a saúde mental positiva também significa autonomia, como em indivíduos que têm a capacidade de identificar, enfrentar e resolver os problemas). Estes subdividem-se em seis fatores gerais (atitudes face a si mesmo, crescimento e auto-atualização, integração, autonomia, perceção da realidade, envolvimento com o meio). Murphy et al. (1978), argumentaram que essas ideias estavam carregadas de valores culturais considerados importantes pelos norte-americanos. A definição de saúde mental é claramente influenciada pela cultura que a define. A saúde mental tem diferentes significados dependendo da configuração, cultura, influências socioeconômicas e políticas (WHO, 2004).

Em 1987, Leighton & Murphy, definiram vários tipos de personalidade e respetivas estratégias de coping. Sugerem que as pessoas têm estratégias de coping diferentes, algumas das quais podem ser relativamente insalubres e, quando desafiadas, podem colocar indivíduos em risco de doença mental (WHO, 2004).

Relativamente à dimensão afetiva, Bradburn em 1965, criou uma escala para medir as facetas positivas e negativas do bem-estar psicológico. Mais tarde, pesquisa a definição e os determinantes do bem-estar subjetivo sugerindo que este tem maior efeito sobre o meio ambiente do que o meio ambiente exerce sobre ele. A saúde mental positiva pode assim, ser conceptualizada como um estado subjetivo de bem-estar (WHO, 2004).

Na abordagem salutogénica, proposta por Antonovsky, o sentido de coerência é considerado vital para a saúde mental positiva, pois envolve uma capacidade de resposta flexível aos stressores. O otimismo parece ser a cognição dominante dos mentalmente

saudáveis, e os otimistas foram encontrados para ter melhores mecanismos de coping, como a aceitação da realidade e a dependência do crescimento pessoal (WHO, 2004).

Rutter (1985) concebeu a resiliência como um processo interativo que engloba o ambiente como parte fundamental. Corresponde à capacidade de lidar com a adversidade e evitar a rutura quando confrontada com stressores difere entre os indivíduos. Nem todas as respostas ao stress são patológicas e podem servir como mecanismos de coping. Os fatores de proteção podem modificar as respostas de uma pessoa a um perigo ambiental para que o resultado nem sempre seja prejudicial e os fatores de proteção só se detetam perante um stressor (WHO, 2004).

A abordagem psicanalítica: Propõe critérios de saúde mental positivos como a capacidade da pessoa de usar a sua energia interna para atingir a sua realização nos domínios emocionais, intelectuais e sexuais (WHO, 2004).

Da análise a estes contributos, destacam-se: a primeira abordagem ao conceito de saúde mental positiva realizada por Marie Jahoda e, a abordagem salutogénica proposta por Antonovsky. Da primeira, resultaram orientações para novas políticas de saúde mental e a concessão do transtorno mental como um fenómeno multicultural, no local onde teve origem este trabalho, Estados Unidos (Lluch, 1999). Da segunda releva-se que apresentou grande contributo às abordagens terapêuticas centradas na saúde e na sua promoção e prevenção (Keyes et al., 2012). *“Esta visão positiva da saúde permitiu a sua operacionalização como um estado de bem-estar, pois este paradigma foca-se nas origens da saúde (do latim, salus=saúde e do grego, genesis=origens) ao invés das origens da doença (do grego, pathos=doença genesis, origem da patologia)”* (Nogueira, 2017, pp. 44). Mantendo-se a compreensão da saúde como um fenómeno contínuo, compreendido em função do contexto e no ambiente específico da pessoa.

O objetivo da perspetiva proposta por Antonovsky é o investimento nos recursos pessoais para superar as situações com dignidade, sem aspirar atingir um estado de satisfação geral face a todos os acontecimentos de vida, uma vez que mesmo em ambientes mais favorável, a pessoa é submetida a experiências que podem ser sentidas como angustiantes. Antonovsky refere outros fatores salutogénicos, tais como: o autoconceito; a autoeficácia; o locus de controlo; o suporte social; a capacidade de compreensão; a capacidade de gestão; a capacidade de Investimento (Antonovsky, 1996). Sendo o sentido de coerência do indivíduo (orientação global para lidar com os diversos desafios da vida) determinado pela combinação dos três últimos. Assim, *“um indivíduo com um forte senso de coerência encara os estímulos (interno ou externo) de três modos: estruturados, previsíveis e explicáveis; acredita ter ao seu alcance a capacidade e os recursos para os gerir; são desafios que estimulam o investimento e o empenho do indivíduo”* (Nogueira, 2017, pp. 44). Poderá existir assim a influência dos estudos acerca do bem-estar individual no desenvolvimento da conceptualização da saúde mental positiva (Baene, 2008).

Lluch (1999) evidencia três aspetos relacionados diretamente com este conceito: relação entre o indivíduo e a patologia; relação entre saúde física e mental; e, promoção da saúde.

Destacam-se ainda como pontos em comum nas visões atuais sobre SMP: os sentimentos individuais e o desenvolvimento de capacidades e resiliência; a forma como lidamos com a adversidade para que possamos crescer e mudar positivamente; o senso de significado, propósito e enfrentamento na vida; e os ambientes de qualidade, conexões e relações sociais (Public Health Agency of Canada, 2009; Jahoda, 1958). Sendo que o modelo multifatorial do constructo de SMP proposto por Jahoda, contempla seis fatores gerais: atitude em relação a si mesmo, crescimento e autorrealização, integração, autonomia, percepção da realidade e o domínio do ambiente (Jahoda, 1958).

Deste modo, a saúde mental não deve ser considerada como um estado permanente ou estático, mas sim como um continuum ou processo. Numa perspetiva de continuum a saúde mental acomoda sucessivamente os acontecimentos do dia-a-dia e integra positivamente as constantes mudanças. Este processo determinado pelas singularidades dos indivíduos para lidarem com as influências e os desafios da vida, e resulta na capacidade de estabelecer relações interpessoais ótimas, permitido enfrentar as dificuldades normais da vida e o aproveitamento pleno das suas potencialidades (Nogueira, 2017).

De acordo com Keys, ao longo deste *continuum* que é a saúde mental, o indivíduo poderá ao longo da sua vida oscilar entre estados completos de saúde mental, *flourishing*<sup>1</sup> (correspondente com emoções e funcionamento psicológico e social positivos, e altos níveis de bem-estar), estados intermédios ou estados incompletos, *languishing*<sup>1</sup>, independentemente da presença de doença mental (Keys 2002, 2007, 2012).

Existem muitas maneiras de pensar sobre a saúde mental, ao longo de um *continuum*, apresentaremos duas delas, considerando que o segundo modelo apresentado é o que mais se aproxima da proposta Keyes *et al.* (2002). Na abordagem de um *continuum* (figura 3), a saúde mental ideal representa um fim, os problemas de saúde situam-se em algum ponto intermediário entre a saúde mental ótima e a saúde mental inferior à ideal, incluindo os transtornos mentais, representa o outro extremo (Alberta Health and Wellness, 2006). Uma limitação desse modelo é a implicação de que alguém com uma doença mental não pode experimentar uma saúde mental positiva (Lakasky, 2006).

A abordagem que considera dois *continuum* (figura 4) de interseção abordam essa limitação. Um continuum vai de ótima a pobre saúde mental, enquanto a segunda vai de nenhum sintoma de doença mental a doença mental grave (Minister of Nacional Health and Wellfare, 1988). Os quatro quadrantes resultantes incluem saúde mental e doença mental ideais, saúde mental ideal e nenhum sintoma doença mental, saúde mental e doença mental precárias e saúde mental e nenhum sintoma de doença mental (Canadian Mental Health

---

<sup>1</sup> Termos usado no modelo de saúde mental completa proposto por Keyes e Lopez, 2002.



Association, 2006; Lakasky, 2006). Uma limitação potencial a esse modelo é a noção de que um é definido dentro de um quadrante (Public Health Agency of Canada, 2009).

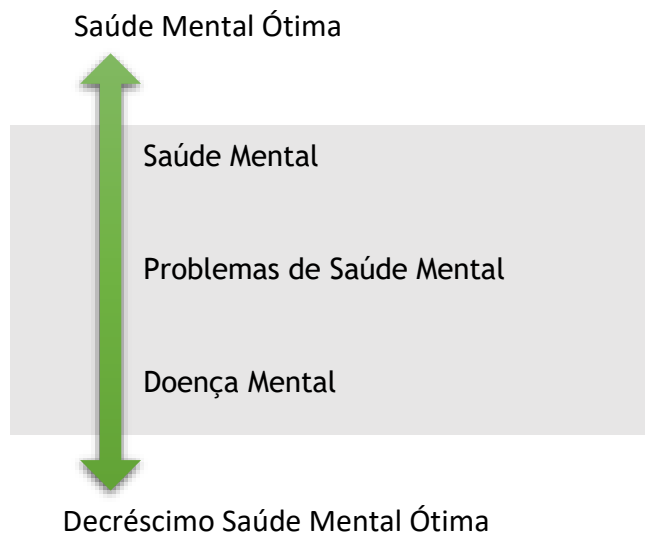


Figura 3: Continuum de Saúde Mental (Adaptado de Alberta Health and Wellness, 2006).

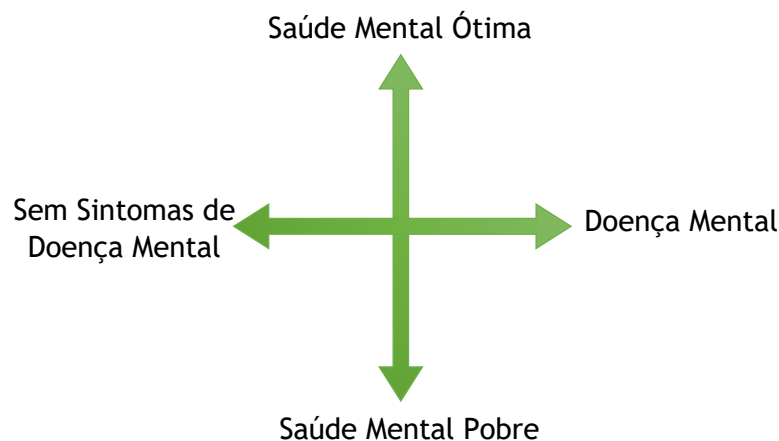


Figura 4: Modelo com dois continuum (Adaptado de Public Health Agency of Canada, 2009).

No entanto, o modelo elaborado por Jahoda (1958) apesar de considerado como um ponto de referência para os teóricos que consideram a saúde mental como algo mais para além da ausência de doença mental, não foi até à década de noventa traduzido numa ação prática. Assim em 1999, Maria Teresa Lluch-Canut retoma este modelo multifatorial de SMP com o objetivo de lhe dar continuidade e utilidade na prática clínica. O trabalho de Jahoda em conjugação com a psicologia positiva de Seligman constituíram os alicerces do trabalho realizado por Lluch neste âmbito (avaliação e operacionalização do modelo de saúde mental positiva). O modelo de saúde mental positiva proposto por Lluch em 1999, reestrutura o modelo anteriormente proposto por Jahoda ampliando a definição dos mesmos (Baene, 2008); este contempla seis fatores ou características psicossociais que caracterizam a SMP:

satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrole, autonomia, resolução de problemas e autorrealização e, habilidade de relacionamento interpessoal (Lluch, 1999).

Leite (2016) apresenta uma associação entre a proposta de Lluch (1999) e a CIPE 2015, adequando o modelo à nomenclatura proposta pela *International Council of Nurses*. Esta compreende cinco focos de atenção da prática de enfermagem, a serem considerados na SM+. A relação entre estes é apresentada na tabela 2.

Para entender a melhor forma de apoiar o desenvolvimento da SMP, a Public Health Agency of Canada (2009) propõe que é importante avaliar o que queremos dizer com isso, propondo cinco componentes potenciais da saúde mental positiva: a capacidade de aproveitar a vida (o desfrute da vida é em parte resultado da personalidade, mas pode mudar com o tempo devido às circunstâncias e ambientes da vida); lidar com os desafios da vida (*coping* e resiliência não são sobre evitar mudanças ou adversidades, mas sim apoiar as pessoas a crescerem e se comprometerem em todos os eventos da vida.); o bem-estar emocional (envolve experimentar emoções positivas e regulá-las de tal forma que os benefícios sejam maximizados e os potenciais aspetos negativos sejam limitados); o bem-estar espiritual (pode envolver práticas religiosas, bem como valores e princípios mais amplos que dão sentido à vida); e, as conexões sociais e respeito pela cultura, equidade, justiça social e dignidade pessoal (a saúde mental pode florescer em ambientes seguros, justos e equitativos e que promovem conexões de qualidade).

CIPE (2015)	Modelo Saúde Mental Positiva de Lluch	
	Fatores	Definição dos fatores
<b>Autoestima</b>	<b>Fator 1:</b> Satisfação pessoal	Autoconceito/autoestima Satisfação com a vida pessoal Perspetiva otimista de futuro
<b>Autocontrole</b>	<b>Fator 3:</b> Autocontrole	Capacidade para enfrentamento do stress/de situações conflituosas Equilíbrio emocional/ controlo emocional Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress
<b>Autonomia</b>	<b>Fator 4:</b> Autonomia	Capacidade para ter critérios próprios Independência Autorregulação da própria conduta Segurança pessoal/confiança em si mesmo
<b>Auto-eficácia</b>	<b>Fator 5:</b> Resolução de problemas e realização pessoal	Capacidade de análise Habilidade para tomar decisões Flexibilidade/capacidade para adaptar-se às mudanças Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo
<b>Relacionamentos</b>	<b>Fator 2:</b> Atitude pró-social	Predisposição ativa para o social/para a sociedade Atitude social “altruísta” /atitude de ajuda-apoio para com os outros Aceitação dos outros e dos fatores sociais diferentes
	<b>Fator 6:</b> Habilidade de relação interpessoal	Habilidade para estabelecer relações interpessoais Empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros Habilidade para dar apoio emocional Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas

Tabela 2: Correspondência entre nomenclatura CIPE e Modelo de Saúde Mental Positiva (critérios e definição dos fatores) proposto por Lluch (Adap. Leite, 2016).

De acordo com Zubrick e colaboradores (2015) os indicadores de saúde mental positiva ao nível individual referem-se à presença de conexões sociais e a um forte senso de autoestima. Esses indicadores podem incluir medidas de sentimento de pertença, autoestima, enfrentamento, autodeterminação e controle e qualidade de vida; e que, os indicadores familiares podem incluir a saúde mental dos pais, a ausência de violência, a coesão familiar, o apego pais-filhos e o uso de práticas parentais e familiares responsivas e adequadas ao desenvolvimento, como a monitorização das atividades das crianças e o fornecimento de ambientes seguros para as crianças.

Pesquisas indicam que fatores relacionados à nossa genética, comportamentos e circunstâncias da vida, bem como a nossa família, comunidade e ambientes sociais, podem todos desempenhar um papel na promoção do prazer da vida. No entanto, a SMP vai além do prazer da vida. Envolve muitos aspetos que são tão integrais à nossa SMP, incluindo a forma como lidamos com os desafios da vida; as formas como experimentamos e usamos nossas emoções para funcionar e interagir com os outros; a conexão, significado, propósito, valores e crenças pelas quais vivemos; as conexões que temos dentro dos ambientes em que vivemos, aprendemos, trabalhamos e brincamos; e nosso senso de equidade e respeito pelas diferenças das pessoas. Esses fatores, isolados e combinados, são dimensões da SMP e estão relacionados a vários desfechos relacionados à saúde (Public Health Agency of Canada, 2009).

A avaliação da SMP e dos fatores associados em amostras clínicas e não clínicas são importantes para a compreensão dos mecanismos pelos quais fatores importantes e eventos de vida podem influenciar o nível de SMP e a progressão de desfechos psicológicos adversos em indivíduos e populações (Vaigankar, 2018).

Acrescentar ainda que a SMP não pode ser alcançada unicamente pela realização do potencial de alguém ou por levar uma vida boa, porque esses comportamentos não levam necessariamente à felicidade, ao contentamento ou à alegria (Huppert, 2005).



### 3. LITERACIA PARA A SAÚDE

O termo *Mental Health* foi introduzido por Scott Simonds em 1974. No entanto, foi usado para argumentar um caso de educação para a saúde em contexto escolar, partindo da premissa que os alunos poderiam possuir literacia em diferentes áreas como geografia ou matemática, tal como na saúde (Ratzan, 2001; Tones, 2002). Este conceito evoluiu desde então encontrando-se atualmente relacionado às exigências atuais em saúde e à capacidade individual de responder a estas (Sørensen, 2012).

Em 2014, Saboga-Nunes aborda a hermenêutica dos significados e significantes dos conceitos de literacia e saúde, apresentando perspetivas diferentes entre “literacia em saúde” e “literacia da saúde”. De acordo com este autor, *“Literacia em saúde” remeter-nos-á para uma externalidade ao sujeito da saúde, um locus externo ao indivíduo, que está para além de si próprio, e em relação ao qual ele pode desenvolver maior ou menor grau de apropriação* (Saboga-Nunes, 2014, pp.6), podendo ser entendida como o gradiente de assimilação que o indivíduo apresenta relativamente ao tema da saúde, que poderá por si ser ou não apropriada. Em oposição, *“literacia da saúde” colocar-nos-á perante a internalidade da saúde, como uma componente intrínseca ao indivíduo* (Saboga-Nunes, 2014, pp.6), isto é, remete-se aos conhecimentos de que o indivíduo já dispõe e integrou, sobre e acerca da (sua) saúde. Estas propostas não se excluem mutuamente, pelo contrário, complementam-se. Saboga-Nunes propõe como *um elemento agregador destes dois conceitos poderia ser conseguido em “Literacia para a Saúde”* (Saboga-Nunes, 2014, pp.6), que define como *a conscientização da pessoa aprendente e actuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde* (Saboga-Nunes, 2014, pp.6).

O *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the AMA* (1999) para definir este conceito mantém o entendimento original de *literacy* como a capacidade para ler e escrever, sendo utilizado para descrever e explicar a relação entre os níveis de literacia dos indivíduos e a sua habilidade para cumprir com os regimes terapêuticos prescritos. Posteriormente, mas na mesma perspetiva, três outras instituições americanas propõe uma definição mais ampla deste conceito, destacando a importância de poder obter, processar e compreender as informações e a necessidade de preparar os serviços de saúde para a tomada de decisões para a saúde apropriadas e para atuar de maneira a melhorar a saúde (Frisch *et al.*, 2011).

Existem numerosos os estudos que têm provado a prevalência de uma literacia, limitada, para a saúde na população (Paasche-Orlow *et al.*, 2005). Paasche-Orlow *et al.*, (2010) constatarem ao realizarem uma pesquisa com o tópico específico *Mental Health* no *PubMed*, o número de publicações sobre o tema cresceu exponencialmente. Entre 1986 e

1990 encontraram 129 referências, e entre 2006 e 2010, verificaram a entrada de 1576 novas referências.

Ainda na década de 90 a WHO define a literacia para a saúde como o *“conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma saúde ótima”* (Organização Mundial de Saúde, 1998, pp.10). Desta definição conclui-se que a literacia para a saúde *“Implica a aquisição de um nível de conhecimento, capacidades individuais e confiança na tomada de decisão, tendo por objetivo a melhoria da saúde individual e saúde pública, ao modificar comportamentos e formas de vida”* (Marques, 2015, pp.3).

A WHO defende também que este é o componente mais importante dos determinantes sociais de saúde, ressaltando que se trata de um forte preditor do estado de saúde de um indivíduo em comparação com os seguintes preditores em saúde: renda, situação profissional, educação e grupo racial ou étnico (WHO, 2013), uma vez que baixos níveis de literacia para a saúde afetam diretamente a saúde individual ao limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural (WHO, 1998).

A literacia para a saúde é entendida como um construto apropriado para o desenvolvimento, aplicada contextualmente com a envolvimento das várias partes interessadas, disponível institucionalmente e socialmente, nas escolas locais de trabalho e meios de comunicação social (Nutbeam, 2008; Kanj, 2009; WHO, 2013;). Com esta perspetiva Nutbeam (2000) desenvolve um trabalho onde tenta identificar as falhas dos programas educacionais em abordar os determinantes socioeconómicos da saúde, e estabelece um paralelismo com a redução da educação para a saúde nos atuais programas de promoção de saúde. Apresentando um modelo onde realça a literacia para a saúde como um elemento chave nos programas de educação para a saúde, com o pressuposto de que a educação para a saúde deve estar voltada para a melhoria da literacia para a saúde. Defende que uma abordagem para a classificação deste conceito não deve procurar identificar tipos de literacia para a saúde como medidas de realização em leitura e escrita, mas deve antes procurar o que é que este conceito nos permite fazer. Os diferentes níveis de literacia para a saúde permitem maior autonomia e empoderamento individual:

- Nível 1 - ‘Literacia funcional da saúde’ reflete o resultado da educação para a saúde tradicional baseada na comunicação de informação factual sobre riscos para a saúde e sobre como utilizar o sistema de saúde. Tal ação tem um objetivo limitado direcionado para melhor o conhecimento sobre os riscos de saúde e serviços de saúde, bem como o cumprimento das ações receitadas/prescritas. Geralmente estas atividades resultam em benefícios individuais, mas podem ser direcionados para benefícios à população (ex. promover a participação num programa de imunização ou rastreio/triagem). Normalmente estas abordagens não promovem interatividade nem desenvolvimento de competências e autonomia. Um exemplo desta forma de ação inclui a produção de panfletos informativos.

- Nível 2 - “Literacia interativa da saúde” reflete o resultado de uma vertente da educação para a saúde que tem evoluído nos últimos 20 anos. Esta foca-se no desenvolvimento de competências pessoais num ambiente propício. Esta vertente educacional está direcionada para o melhoramento da capacidade pessoal para agir com independência baseada em conhecimento específico, para aumentar a motivação e autoconfiança, para agir com base no conselho obtido. Mais uma vez a maioria destas atividades resultam em benefícios pessoais em vez de benefícios para a população. Exemplos disto podem ser encontrados nos programas de saúde educacional das escolas que são voltados para o desenvolvimento de capacidades sociais e comportamentais.
- Nível 3 - “Literacia crítica da saúde” reflete o desenvolvimento de capacidades cognitivas orientadas para o suporte efetivo de ações políticas e sociais, bem como ações individuais. Neste paradigma a literacia para a saúde pode envolver a comunicação de informação e o desenvolvimento de capacidades que investigam a viabilidade e capacidade organizacional das várias formas de ação para abordar determinantes socioeconómicos da saúde. Este tipo de literacia na saúde pode ser mais facilmente correlacionado com benefícios para a população, bem como, para o indivíduo. A educação para a saúde, nestes casos, será direcionada para o melhoramento, individual e comunitário e para a capacidade de agir sobre estes determinantes socioeconómicos de saúde.

De acordo com esta perspetiva a definição de literacia para a saúde proposta pela WHO (1998) situa-se ao nível da literacia comunicativa/interativa e da literacia crítica. A tabela 3 apresenta estes três níveis de literacia para a saúde, resumidamente.

	Literacia Comunicativa/interativa:	Literacia Crítica:
Literacia Básica/funcional: Comunicação da informação	Desenvolvimento de competências pessoais	Capacitação pessoal e da comunidade
Capacidades básicas suficientes para ler e escrever de modo a ser capaz de funcionar efetivamente nas situações do dia a dia, compatível com a definição estrita de “ <i>Health Literacy</i> ” referida anteriormente.	Capacidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente, com as capacidades sociais podem ser usadas para participar ativamente nas atividades do dia a dia, obter informações e auferir significados de diferentes formas de comunicação, bem como aplicar as novas informações mesmo quando as circunstâncias se alteram.	Capacidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente, com as capacidades sociais podem ser usadas para realizar análise crítica da informação e usar essa informação para exercer um maior controlo sobre os eventos e situações da vida.

Tabela 3: Níveis de Literacia para a Saúde propostos por Nutbeam (2000).

Nesta perspetiva que conjuga literacia e educação como determinantes importantes para a saúde. Kickbusch (2001; 2006) defende que a literacia para a saúde adquire importância para o desenvolvimento económico e social, sendo um direito de cidadania, e compreende como desafio o desenvolvimento de ferramentas de avaliação adequadas à sua quantificação. Define a literacia para a saúde como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no dia a dia nos diferentes contextos de interação social, considerando-a uma estratégia crítica de empoderamento que permite o controlo sobre a saúde individual, a capacidade de procurar informação e assumir responsabilidades (Kickbusch, 2008).

Atualmente, a literacia para a saúde integra as seguintes componentes: as competências necessárias para ajudar a obter e a manter a saúde e identificar doenças; compreender como e onde aceder e como avaliar as informações de saúde e os cuidados de saúde; entender como aplicar corretamente os tratamentos prescritos; e, obter e aplicar habilidades relacionadas ao capital social, como a compreensão dos direitos relacionados à saúde e aos cuidados de saúde e a compreensão de como defender melhorias na saúde (Kanj *et al.*, 2009; WHO, 2013). Desta forma cada um deve ser capaz de utilizar conceitos e informação em saúde, que lhe permitam ser voz ativa e participativa da sociedade (Marques, 2015).

O *European Health Literacy Project Consortium* considera que a “literacia para a saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento das pessoas, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana em matéria de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso de vida” (Sørensen, 2012, pp.3).

Estudos recentes continuam a demonstrar que baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados a determinantes de saúde e sociais negativos. Estes incluem o aumento das taxas de doenças crónicas, a diminuição do uso dos serviços de saúde, o aumento dos custos em saúde e a mortalidade precoce (Baker *et al.*, 2007; Berkman *et al.*, 2011).

As pessoas com limitada literacia para a saúde relatam pior saúde geral, são menos propensas a usar exames preventivos, usam serviços médicos em fases posteriores das suas doenças, têm pior compreensão do tratamento e menor adesão aos regimes médicos, são mais propensos a serem hospitalizado, aumentando a carga financeira para o sistema de saúde (DeWalt *et al.*, 2004; Howard *et al.*, 2005; Baker *et al.*, 2007; Wagner *et al.*, 2009; Griffey *et al.*, 2014). Sendo que em Portugal prevalece uma literacia para a saúde limitada (em 55,9% dos inquiridos, n=1180), de acordo com dados apresentados por Costa *et al.* (2016). Consequentemente, uma melhor compreensão da literacia para a saúde das pessoas é crucial para adaptar as informações e serviços relacionados à saúde e projetar programas de educação em saúde bem-sucedidos.

Conforme demonstrado, até ao momento, não existe uma definição comumente aceite de literacia para a saúde (Berkman *et al.*, 2010). Considerando que a literacia para a saúde, no seu sentido original, foi definida e medida como a capacidade de ler e



compreender frascos de receitas, folhetos de nomeação e outros materiais essenciais relacionados à saúde (Comitê *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association*, 1999), a literacia para a saúde é hoje considerada um conceito multidimensional “que procura aglutinar a essência de diferentes definições da mesma, a literacia em saúde interligada com a literacia e que engloba o conhecimento individual, motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de decisão no quotidiano e em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que permite a manutenção ou melhoria da qualidade de vida” (Sørensen *et al.* (2012) cit. Marques, 2016, pp. 6). Assim, a evolução deste conceito abrange e caminha no sentido do paradigma patogénico para o paradigma salutogénico, valorizando os fatores que interferem positivamente na saúde.

Apesar da evolução e redefinição do conceito os quadros conceptuais de literacia para a saúde encontram-se desajustados na conceptualização deste (Protheroe *et al.*, 2009) e poucos foram validados empiricamente (Sørensen, *et al.*, 2012). De acordo com Marques (2016), destes poucos integram componentes presentes em modelos de saúde pública e a maioria são considerados estáticos e não consideram que a literacia para a saúde envolve passos sucessivos de acesso, compreensão, processamento e comunicação de informação, o que poderá ser explicado pela não integração do conhecimento atual.

Sørensen *et al.* (2012), propuseram um modelo conceptual de conceção e operacionalização da literacia para a saúde. Este é apresentado na figura 5, segundo a versão adaptada e traduzida de Saboga-Nunes (2014).

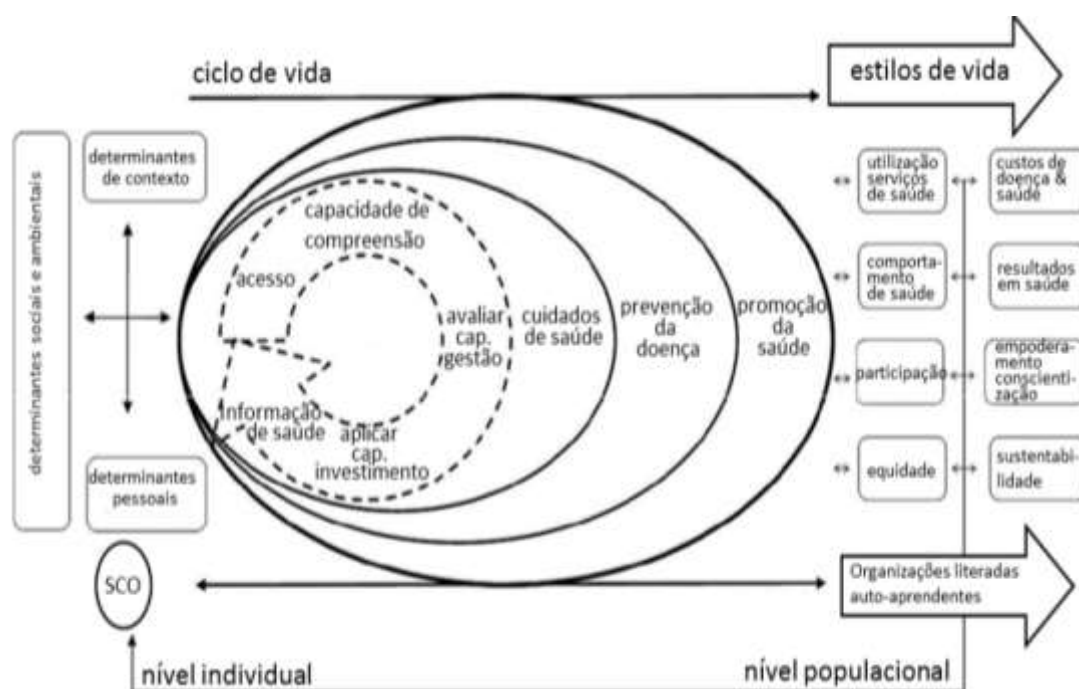


Figura 5: Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde. Fonte: Saboga-Nunes (2014).

De acordo com esta proposta os fatores distais (determinantes sociais e ambientais) e proximais (determinantes de contexto/situacionais e pessoais), formatam a literacia para a saúde (Saboga-Nunes *et al.*, 2014). Ao operacionalizar a literacia para a saúde considera-se dentro das determinantes pessoais (capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento) o sentido de coerência dado o seu impacto significativo na saúde dos indivíduos e que os acompanha ao longo do seu ciclo de vida na adoção de estilos de vida saudáveis (Saboga-Nunes, 1999).

A literacia para a saúde é enquadrada neste modelo *“como consequência do acesso da pessoa a informação de saúde. Esta informação pode ser apropriada pelo indivíduo com o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, influenciando a avaliação que pode efectuar das acções a tomar. No seguimento desta avaliação, é determinada pela sua capacidade de gestão a aplicação do conhecimento adquirido sobre a saúde, à sua vida diária. Esta aplicação é mediada pela capacidade de investimento que o indivíduo desenvolve na construção das suas opções de vida mais ou menos favoráveis à promoção da sua saúde”* (Saboga-Nunes *et al.*, 2014, pp.7).

Neste modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde, são realçadas as principais dimensões da literacia para a saúde (dentro da forma oval) observando-se as relações proximais/distais que nelas têm impacto, bem como a respetiva relação com os resultados em saúde.

No seu centro estão contempladas as dimensões do ciclo do conhecimento: o acesso corresponde à capacidade de procurar, encontrar e obter informação; a capacidade de compreensão, remete à capacidade de compreender a informação obtida; a avaliação da capacidade de gestão, remete à capacidade para interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação; a aplicação/utilização da capacidade de investimento refere-se ao modo como se comunica e utiliza essa informação para a tomada de decisão.

O interface do campo da saúde com a LS acontece quer ao nível dos cuidados curativos e paliativos da doença e sua prevenção, quer ainda ao nível da promoção da saúde. *“É aqui que pode ser feita a leitura dos indicadores que referem a utilização dos serviços de saúde (com uma noção dos seus custos), comportamentos em saúde (que determinam resultados em saúde), participação (mediatizada pelo empoderamento/conscientização)”* (Saboga-Nunes *et al.*, 2014, pp.7).

Observa-se também a evolução de uma perspetiva centrada na individualidade para uma focada na população, integrando desta forma uma perspetiva mais ampla de saúde pública, apontando estabelecer o fundamento da equidade, promotora da sustentabilidade social. O desenvolvimento de organizações literatas para a saúde auto aprendentes, que viabiliza o nível individual de ação da LS, no campo da saúde, visado neste modelo (Saboga-Nunes *et al.*, 2014). Observando-se deste modo a tendência alargar a literacia para a saúde para fora dos cuidados de saúde com impacto na saúde preventiva e redução da pressão nos sistemas de saúde (Marques, 2015).

Em suma, a literacia para a saúde deve ser usada como uma ferramenta para entender os pontos fortes e fracos relativos, tanto no nível individual quanto no nível da comunidade, para permitir que os serviços e sistemas de saúde adotarem uma atitude responsiva às necessidades de literacia para a saúde da comunidade (WHO, 2017).

No que concerne às intervenções neste âmbito, a WHO (2017) propõe oito princípios para as ações em literacia para a saúde: foco nos resultados de saúde; equidade impulsionada; foco nas necessidades de literacia para a saúde identificadas localmente; resposta dinâmica à evolução das necessidades locais de literacia para a saúde; envolvimento de múltiplas partes interessadas para identificação compartilhada, desenvolvimento e implementação de soluções; impulsionado pela cultura e sistemas da sabedoria local; sistematicamente aplicado; e sustentável.

### 3.1. Literacia em Saúde Mental

O conceito de LSM surge do domínio da literacia em saúde e deve ser compreendido nesse contexto (Kutcher, *et al.*, 2016). No entanto, este conceito mantém-se em evolução influenciando pelo desenvolvimento da LS (Kutcher, *et al.*, 2016). O conceito de LS presenciou a evolução de uma definição meramente cognitiva para contemplar as componentes pessoal e social do indivíduo, traduz-se pela capacidade de decidir de forma fundamentada no dia-a-dia. Nesse sentido a literacia em saúde mental define-se como as crenças e conhecimento sobre as perturbações e problemas mentais que permitirão o seu reconhecimento, gestão e prevenção.

Originalmente era conceptualizado como o conhecimento e as crenças sobre as doenças mentais que ajudariam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção (Jorm, *et al.*, 1997). Posteriormente este foi refinado para incluir os conhecimentos que beneficiam a saúde mental de uma pessoa ou de outras pessoas: conhecimento de como prevenir um transtorno mental; reconhecimento de perturbações em desenvolvimento; conhecimento de estratégias eficazes de auto-ajuda para problemas leves a moderados; e habilidades de primeiros socorros para ajudar os outros (Jorm, 2012).

Os aspetos integrantes da promoção da LSM foram definidos pela *The Canadian Public Health Association* como o conjunto de habilidades e capacidades cognitivas e sociais que apoiam a promoção da saúde mental. Nesta publicação também elencam sugestões para as considerações políticas que consideravam ser útil para lidar com a LSM (Rootman, *et al.*, 2008).

Recentemente, o conceito de LSM é definido da seguinte forma: entender como obter e manter a saúde mental positiva; compreender transtornos mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma relacionado a transtornos mentais; e, melhorar a eficácia

da procura de ajuda (saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e as capacidades de autogestão) (The National Academies Press, 2012; WHO, 2013; Kutcher *et al.*, 2015).

Esta nova definição é consistente com a evolução do conceito da LS e inclui o conceito de estigma (historicamente considerado separadamente) e estende o conceito de estratégias de auto-ajuda de Jorm (2012) ao incluir a procura de ajuda eficaz (Jorm, *et al.*, 1997; Corrigan, *et al.*, 2003; Kutcher, *et al.* 2016; Kanj, *et al.*, 2009).

A evolução desta definição baseia-se em refinamentos consideráveis anteriores da compreensão da LSM e numa revisão da literatura que descreve bem a inter-relação entre o conhecimento em saúde mental e vários tipos de estigma, bem como construções recentes da teoria do estigma, onde a falta de conhecimento é considerada como condutor de preconceito (atitudes negativas) que influencia os comportamentos (discriminação) (Angermeyer, *et al.*, 1993; Thornicroft, 2006; Kelly, *et al.*, 2007; Reavley *et al.*, 2011; Kutcher, *et al.* 2016).

Todavia, é importante que a LSM seja específica ao contexto (por exemplo, desenvolvida e aplicada em situações da vida quotidiana), adequada ao desenvolvimento (por exemplo, adaptada ao estadio do ciclo vital de cada indivíduo) e efetivamente integrada nas estruturas sociais e organizacionais existentes (como escolas e organizações comunitárias) (Kutcher, *et al.*, 2014; McLuckie, *et al.*, 2014; Kutcher, *et al.*, 2015).

No entanto colocam-se desafios às intervenções em LSM e à clarificação dos seus resultados. Atualmente existem dois instrumentos validados para a sua avaliação na população portuguesa: o European Health Literacy Survey (HLS-Eu) e o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental). Sendo o segundo, como o próprio nome indica direcionado para a saúde mental. Este instrumento trata-se de uma adaptação do survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview Version, traduzida, adaptada e validada para adolescentes e jovens por Loureiro *et al.* (2012). Engloba: o reconhecimento das perturbações mentais, o conhecimento sobre os tratamentos disponíveis, o conhecimento sobre as estratégias quer de autoajuda quer de ajuda aos outros, o conhecimento sobre a prevenção de doenças mentais.

Entender como determinar adequadamente o impacto na LSM tem sido um desafio contínuo com a implementação de intervenções deste âmbito. No entanto, até ao momento, a maioria das avaliações de intervenções de LSM encontradas na literatura não abordam todos os componentes da LSM simultaneamente (Kutcher *et al.*, 2014, 2015). Contudo, defendem que estes componentes podem ser mensurados simultaneamente, já que estão intimamente conectados dentro da definição de LSM.

Atualmente ainda não está claro que tipos de intervenções melhoraram de forma mais abrangente a LSM, em vez de abordar apenas um número limitado de componentes desta. As evidências científicas neste âmbito sugerem que devem ser realizados mais estudos para responder a essa questão (Kutcher, *et al.*, 2016).

A importância da LSM em ajudar a melhorar os resultados de saúde para pessoas e populações tem sido reconhecida, e algumas intervenções iniciais positivas com esse objetivo são aplicadas (Kelly, *et al.*, 2007; Jorm, 2012; Kutcher, *et al.*, 2015).

Deste modo pode ser importante realizar pesquisas para comparar sessões individuais de informação em saúde mental (tais como eventos únicos destinados a aumentar a conscientização sobre saúde mental e sessões de informação sobre saúde mental fornecidas fora de contextos quotidianos), com programas sustentados e incorporados à comunidade (tais como integrar a LSM nos conteúdos dos programas escolares) (Kutcher, *et al.*, 2014, 2015).

As intervenções de LSM devem ser adequadas ao desenvolvimento e desenvolvidas no contexto de desenvolvimento mais adequado. Por exemplo, as intervenções LSM que abordam adolescentes não devem apenas enquadrar conceitos de LSM em domínios de vida apropriados, mas devem ser desenvolvidas nos ambientes educacionais (como escolas) usando estratégias de intervenção que são conhecidas por melhorar as competências de literacia, incluindo familiares, educadores e estudantes. Sendo que estas podem ser suportadas pelo uso plataformas modernas de promoção de LSM por via eletrónica. Nesse contexto, os métodos de promoção de LSM também poderiam ser projetados para impactar simultaneamente as necessidades de LSM de professores e alunos dentro de uma estrutura de currículo comum (McLuckie, *et al.*, 2014; Kutcher, *et al.*, 2014, 2015).

De salientar que as intervenções LSM precisam ser contextualmente desenvolvidas e aplicadas. Ou seja, embora os principais componentes das intervenções LSM devam ser considerados em todas as situações, estes são desenvolvidos e aplicados devem se encaixar no contexto em que serão implantados. Pode não ser razoável argumentar que as intervenções LSM são um sapato de tamanho único. Por exemplo, intervenções de LSM para professores não podem ser o mesmo que intervenções de LSM para policiais, embora devam refletir os mesmos princípios básicos do LSM (conhecimento, atitudes ou estigma, e eficácias de busca de ajuda). (Kutcher, *et al.*, 2016).

No que concerne aos programas em literacia em saúde mental a investigação atual começa a relevar a importância do incremento das novas tecnologias nestes com recurso à internet como fonte de informação e de promoção. O mesmo é evidenciado num estudo realizado em 2007 por Orlow e colaboradores, em que relacionam a literacia em saúde e os resultados em saúde em que incluem a influência das novas tecnologias. Estes contribuem de forma significativa para a mudança de opinião sobre as questões ligadas à saúde mental e para a procura de ajuda, o que contribui para a diminuição das consequências negativas.

Além disso, quando aplicadas, as intervenções de LSM idealmente poderiam ser adequadamente avaliadas e demonstradas para melhorar todos os componentes do construto: conhecimento em saúde mental, atitudes ou estigma, e ajudar a investigar a sua eficácia (Kutcher, *et al.*, 2014, 2015). Um corolário decorrente da evolução do construto LSM é que as intervenções abordadas principalmente na redução do estigma devem ser comparadas em estudos apropriadamente planeados a intervenções de LSM mais amplas nas

quais o estigma é abordado como parte de uma abordagem LSM abrangente. (Kutcher, *et al.*, 2016).

Outras preocupações concentram-se nas próprias ferramentas de medição de LSM. (Kutcher, *et al.*, 2016). Recentemente, um dos autores pesquisou e reviu a literatura, identificando mais de 400 estudos de pesquisa de LSM (incluindo aqueles centrados no conhecimento, atitudes e procura de ajuda, respetivamente) e identificou que a maioria não utilizava ferramentas de avaliação de propriedades psicométricas adequadas (Kutcher, *et al.*, 2016).

Isso dificulta determinar a validade dos resultados relatados. Além disso, muitas das ferramentas de mensuração atualmente usadas para avaliar o LSM podem não abranger suficientemente todos os componentes do LSM. Em particular, aqueles estudos que usaram a abordagem de vinheta diagnóstica popularizada por Jorm e colaboradores, onde são fornecidos breves vinhetas sobre pessoas com depressão ou esquizofrenia (às vezes incluindo também transtorno de déficit de atenção ou transtorno de ansiedade) aos inquiridos e lhes é solicitado que identifiquem o transtorno e respondam a perguntas sobre a sua etiologia ou o seu tratamento (Marcus *et al.*, 2012).

Claramente, todo o domínio do que constitui a LSM não pode ser avaliado por este método que enfoca um reduzido número de transtornos, não considera a promoção da saúde mental e negligencia a importância de ser capaz de distinguir um transtorno mental de um problema de saúde mental ou mesmo experiência de angústia diária (MegaHealth at Work Inc., 2015). Estão disponíveis, medidas alternativas, mas estas requerem avaliação e validação adicionais para determinar se abrangem apropriadamente a compreensão atual da LSM (Kutcher *et al.*, 2015b).

A aplicação generalizada dessas vinhetas de diagnóstico como ferramentas de resultados de pesquisa não fornece evidências de que essas intervenções possam ser consideradas como tendo melhorado a LSM. Pesquisas que usam outras técnicas de avaliação, como respostas verdadeiras ou falsas a questões que cobrem múltiplos domínios do LSM, são menos prevalentes, mas podem fornecer uma avaliação mais robusta da LSM.

As intervenções de LSM devem aplicar uma psicometria robusta, contextualmente apropriada, informacionalmente desenvolvida, válida e confiável na mensuração, para que a sua avaliação possa ser adequadamente determinada. Por exemplo, embora a abordagem de avaliação de vinheta de diagnóstico possa ter sido útil nos estágios iniciais da conceituação de LSM, a sua aplicação continuada à definição em evolução de LSM é agora, na opinião de Kutcher, *et al.* (2015b), insuficiente. No entanto, mais pesquisas são necessárias para esclarecer esta importante questão (Kutcher, *et al.*, 2016).

Dada a situação atual, devem ser consideradas várias direções futuras para o desenvolvimento e implantação da LSM, e os constructos da LSM devem ser melhor definidos pelos desenvolvimentos em LS (Canadian Public Health Association, 2014; Kutcher, *et al.*, 2016).

De considerar que a internet providencia um mecanismo para oferecer suporte neste âmbito, e que os jovens são os principais utilizadores das novas tecnologias de informação e comunicação, possuindo uma atitude positiva em relação a websites, que constituem uma ajuda efetiva na aquisição de conhecimento de assuntos relacionados à saúde (Alpay *et al.*, 2008; Nakos, *et al.*, 2015). Os benefícios de usar a *internet* incluem a facilidade de acesso, potencial de suporte pelos pares, a inclusão de indivíduos que residam em áreas isoladas e a adequação à situação (Warmerdam *et al.*, 2010; Mohr *et al.*, 2010). Podendo ser utilizadas para capacitar cidadãos e clientes proporcionando-lhes oportunidades e ambientes para desenvolverem as suas capacidades, confiança e conhecimento por forma a tornarem-se parceiros ativos no cuidado à sua saúde (Nakos, *et al.*, 2015).

Atualmente são vários os estudos que evidenciam a eficiência e eficácia das ferramentas *e-health* particularmente da *e-mental health* no que concerne a patologias relacionadas com estados ansiosos e à depressão. Em 2014 Shalini e colaboradores realizam uma revisão rápida da literatura sobre o tema e concluem que 76% da produção de conhecimento neste âmbito se localiza nos Estados Unidos, Austrália e nos Países Baixos.

O conceito de *e-health* é amplo, envolve o uso das tecnologias de informação e comunicação para contacto com os clientes e providenciar, em tempo real, os cuidados de saúde usuais. O uso de vídeo em tempo real é a principal modalidade. *E-mental health* corresponde aos serviços de saúde mental e informações disponibilizadas e aprimoradas com recurso à *internet* e às novas tecnologias relacionadas (Shalini *et al.*, 2014).

As iniciativas de *e-mental health* incluem o fornecimento de informação, triagem, acesso, monitorização, intervenção e suporte social (Shalini *et al.*, 2014). O suporte social é realizado através de grupos de discussão, fóruns, salas de conversação (*chat*), blogs e redes sociais (p. ex. Facebook, Instagram, entre outras).

As intervenções que utilizam a internet para a psicoterapia (através das ferramentas *e-mental health*) e as redes sociais on-line podem servir como importantes serviços de apoio emocional de base populacional (Fasciano *et al.*, 2015). Estas intervenções baseiam-se na terapia cognitivo comportamental.

As intervenções podem ser classificadas quando ao objetivo/etapa (promoção, prevenção, intervenção precoce, tratamento ativo, manutenção e prevenção de recaídas), tipo de relação (p. ex. profissional e cliente, entre clientes, entre profissionais), tipo de tratamento ou terapia (p. ex. terapia cognitivo comportamental, psicoeducação) (Shalini *et al.*, 2014).

As *e-mental health* são um meio promissor e acessível para manter a saúde mental demonstrando eficácia social e económica (Beentjes *et al.*, 2016). No entanto, as intervenções com recurso à *internet* não podem substituir os benefícios do tratamento presencial com o profissional (Fasciano *et al.*, 2015; Shalini *et al.*, 2014).





#### 4. LITERACIA E SAÚDE MENTAL NOS JOVENS ADULTOS

Os jovens adultos vivenciam várias transições. Nomeadamente o desenvolvimento da identidade, a diferenciação da família de origem, a procura de uma carreira profissional e a exploração da intimidade nas relações (Arnett, 2006; Fasciano *et al.*, 2015). Muitas vezes estas transições e as responsabilidades que lhes estão associadas reduzem a capacidade dos jovens para recorrer aos serviços de saúde (Fasciano *et al.*, 2015). Devido a estes aspetos vários estudantes universitários passam a preocupar-se de forma exagerada e começam a pensar que não serão capazes de corresponder positivamente, promovendo um desgaste emocional na vida do estudante (Sousa *et al.*, 2017) o que se reflete na saúde destes.

A evidência científica mostra que a sintomatologia com significância clínica é significativa neste grupo. Predominam as perturbações de ansiedade, do humor, sono, alimentares, o abuso de substâncias e os comportamentos auto-lesivos (ACHA, 2012, 2014; Gress-*et al.*, 2015). A WHO (2018) destaca que todos os anos, cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio e que este é a segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos. Corey e colaboradores (2010) apontam que a SMP complementa o rastreio de transtornos mentais na vigilância em saúde mental, predição de comportamento suicida e prejuízo do desempenho académico. O estudo por eles desenvolvido pretendia investigar se o nível de SMP prévia à doença mental nos estudantes bem como o risco de comportamento suicida e desempenho académico prejudicado. Contemplaram 5,689 estudantes universitários, concluindo que 49,3% dos estudantes estavam em crescimento e não apresentaram resultados positivos no rastreamento de transtornos mentais. Entre os estudantes que tiveram resultados positivos, e os que não tiveram, no rastreio por comportamentos suicidas e fracas prestações académicas, foi menor nos que estavam em crescimento, maior nos que tinha saúde mental moderada e mais alta nos que tinham fraca saúde mental.

Os estudos do ensino superior também mencionam como principais problemas: as dificuldades de ordem emocional, perturbações de adaptação, ansiedade, depressão, problemas relacionados com métodos de estudo, dificuldades escolares, problemas familiares; rendimento escolar, depressão, baixa autoestima, variações do humor, ansiedade nos exames e problemas relacionais (Nogueira, 2017).

Em Portugal a prevalência do consumo de substâncias psicoativas, entre 2012 e 2016/17, é menor no caso do álcool, medicamentos, ecstasy, LSD e de novas substâncias psicoativas. Porém, nos últimos 12 meses o consumo de cocaína e de anfetaminas mantêm-se idênticas a 2012, subindo apenas a prevalência de consumo de tabaco, cannabis e heroína. Estas tendências na maioria ocorrem na população jovem adulta (15-34 anos), não se verificando, no entanto, consumos de heroína. Julga-se que o aumento de casos graves de depressão e ansiedade pode derivar de co-morbididades prévias nomeadamente emocionais,

relacionais, gestão de stress e ansiedade (Guthman *et al.*, 2010). A National Alliance on Mental Illness (2012) reporta que 64% dos estudantes abandonaram a universidade devido a problemas relacionados com o humor (depressão, perturbação bipolar e o stress pós-traumático). Atualmente a depressão (perturbação do humor) é a principal causa de incapacidade em todo o mundo (WHO, 2018) sendo a sua incidência e prevalência elevadas, entre os 18 e os 25 anos, em comparação a outros grupos etários (Lopez *et al.*, 2010; APA, 2013).

Pesquisas recentes sobre o uso problemático da Internet e o uso problemático do Facebook (PIU e PFU) se concentraram na ideia de que as pessoas que se envolvem em PIU ou PFU são mais propensas a apresentar problemas de saúde mental. O objetivo deste estudo foi examinar a contribuição da saúde mental positiva (PMH) para PIU e PFU entre adolescentes e adultos jovens. Um total de 1927 adolescentes e jovens adultos italianos participaram do estudo. A modelagem de equações estruturais mostrou que o PMH está negativamente ligado à PIU e à PFU, indicando que o PMH pode ser um antecedente importante para a PIU e a PFU entre adolescentes e adultos jovens. Em conclusão, as dimensões do PMH podem ser levadas em conta pelos pesquisadores e profissionais da educação na prevenção tanto da PIU quanto da PFU (Marino *et al.*, 2017).

As abordagens de SMP e o desenvolvimento de resiliência estão fortemente alinhados com a perspectiva global de saúde mental. A resiliência é frequentemente medida com base na competência e no sucesso da pessoa para atender às expectativas da sociedade, apesar dos grandes obstáculos (Srivastava, 2011). Sendo que a era moderna pode ser resumida como uma era de desafios e competição. Esses atributos ajudam a construir o equilíbrio ecológico resiliente e positivo que, a partir de então, facilitará o aprimoramento da saúde mental da geração futura (Srivastava, 2011).

De um modo geral as instituições de ensino estão munidas de Gabinetes de Apoio Psicopedagógico ao Estudante (GAPE) ou similar, estas normalmente estão focadas no apoio do sucesso académico, com fraco investimento na promoção da saúde mental e bem-estar. Oferecem sobretudo: serviços remediativos, que visam o suporte terapêutico a quem carece de acompanhamento profissional imediato; serviços preventivos, baseados na promoção e educação para a saúde no momento da admissão e posteriormente na integração na vida profissional; e, serviços de desenvolvimento pessoal, dirigidos à otimização do máximo potencial do estudante (Nogueira, 2017). No entanto, mesmo necessitando há estudantes que não recebem apoio profissional. A investigação aponta que as principais barreiras para que estes não procurem ajuda incluem: as crenças, o estigma e o medo de repercussões profissionais futuras (Nogueira, 2017).

A insuficiente LS é prevalente, mesmo em países de rendimento alto e pode contribuir para desigualdades na saúde entre grupos sociais (Kickbusch *et al.*, 2006) limitando desse modo decisões sustentadas em saúde. “*O aumento da literacia na saúde é um elemento importante das estratégias para redução da desigualdade na saúde*” (WHO, 2010, pp.201).

## II. METODOLOGIA

### 5.1. Objetivos do Estudo

A formulação de objetivos tem a finalidade de expressar e justificar as etapas seguintes da investigação (Sánchez, 2003). É definido por Fortin (2009a, pp.175) como *um enunciado que explicita as variáveis-chave e a população alvo e que contém um verbo dando uma orientação à investigação*. A sua formulação deve atender ao estado de conhecimento no domínio em estudo.

Deste modo têm-se como objetivo geral do presente estudo “Efetuar a avaliação diagnóstica da saúde mental positiva e da literacia em saúde mental dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem”. Como objetivos específicos definiram-se:

- ↳ proceder à adaptação do instrumento de medida da LSM;
- ↳ Identificar os níveis de SMP de acordo com os fatores do modelo multifatorial;
- ↳ Identificar os níveis de LSM de acordo com os componentes considerados no seu construto;
- ↳ analisar a influência das características sociodemográficas e da LSM na SMP.

### 5.2. Tipo de Estudo

De forma a concretizar os objetivos planeados neste trabalho de investigação, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal. Segundo Fortin (2009c), a investigação quantitativa orienta-se para os resultados e para a sua generalização, e pode ser descritiva, correlacional ou experimental, segundo o objeto de investigação e do fim perseguido. A descritiva delimita-se pela definição, sem intervenção, das características de uma população ou fenómeno sobre o qual existe pouca ou nenhuma informação (Fortin, 2009c), “(..) têm por objetivo não verificar (...) mas antes saber como se reparte uma dada população em relação aos conceitos ou variáveis estabelecidas” (Fortin, 2009c, pp. 479). Tendo em conta que atualmente existem vários estudos em Portugal que tratam a SM+, e a inexistência de estudos que retratem a relação entre esta e a LSM optou-se por desenvolver um estudo descritivo. No que concerne à sua natureza este é transversal devido à recolha dos dados ter sido realizada num único momento, sem existir qualquer seguimento no tempo e “(..) servindo para medir a

prevalência de um acontecimento ou de um problema num dado momento” (Fortin, 2009c, pp. 252).

Este estudo pressupõe ainda a utilização de um instrumento de medida desenvolvido por Matt O’Conner & Leanne Casey em 2015 e a realização da sua tradução e validação para a população portuguesa. Deste modo trata-se de um estudo metodológico. Este tipo de estudo tem por meta a construção um instrumento confiável e preciso que possa ser usado por outros investigadores (Polit *et al.*, 2011; Junior *et al.*, 2016). Reporta-se às *investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa* (Polit *et al.*, pp.126).

De acordo com LoBiondo-Wood *et al.* (2001) este tipo de estudo difere de outros métodos de investigação por recorrer a uma perspetiva diferente para a recolha, análise e interpretação dos dados, uma vez que, o construto desse tipo de estudo procura a identificação de um fenómeno de natureza intangível e torna-lo tangível. Propõe a avaliação e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa que incluam o teste de confiabilidade e validade do instrumento.

Como procedimento metodológico optou-se por seguir as recomendações de Beaton *et al.* (2007) e Ferreira *et al.* (1998) na adaptação intercultural de instrumentos de medida em saúde: Tradução; Síntese das traduções; Retroversão; Síntese das retroversões; Painel de peritos; Pré-teste.

### **5.3. População e Amostra**

A população alvo numa investigação é “(...) o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009c, pp.311). Aceder à totalidade da população alvo considera-se praticamente improvável na maioria dos casos, pelo que esta população alvo passa a ser reduzida à população acessível.

Nesta investigação, a população alvo compreende os alunos da licenciatura em enfermagem. No entanto, devido à impossibilidade de aceder a todos estes elementos, a população disponível é composta pelos alunos da licenciatura da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No que concerne ao processo de amostragem, deve-se ter em consideração que a amostra deverá representar fielmente a população em estudo (Fortin, 2009). Opta-se por uma amostragem não probabilístico com recurso à técnica de amostragem acidental a qual é caracterizada por incluir elementos na amostra segundo a sua presença num local determinado e num preciso momento (Fortin, 2009). Assim, a amostra foi constituída pelos alunos que, no dia e no momento em que se realizou a recolha de dados, se encontravam na aula.

Inicialmente excluíram-se 27 questionários pelo não consentimento (por ausência de assinatura do documento que antecedia o instrumento de colheita de dados -Consentimento Livre e Esclarecido-) no uso dos dados no mesmo, contabilizando um total de 482 questionários a considerar para análise. Destes excluíram-se 53 por se apresentarem incompletos: 9 não responderam ao conjunto de questões de caracterização sociodemográfica; 7 por se apresentarem incompletos no preenchimento do QSM+; e, 19 por não se encontrarem completos quer no preenchimento do QSM+ quer na avaliação da literacia em saúde mental. Assim, para análise dos dados recolhidos, a amostra é constituída por um total de 447 indivíduos.

#### 5.4. Descrição dos Instrumentos de Colheita de Dados

Em investigação recorre-se a instrumentos de recolha de dados a fim de encontrar respostas ao problema ou questões planeadas. “A escolha dos métodos de colheita dos dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização” (Fortin, 2009c, pp. 494) e do método de análise de dados considerado (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009a) nos processos de investigação em que é necessário o recurso a uma escala para efetuar a medição de um conceito *o investigador não tem muitas vezes outra escolha que não seja empregar um instrumento de medida concebido numa outra língua* (Ibidem, pp. 361), uma vez que a construção de um instrumento é dispendiosa no que concerne ao tempo despendido e aos recursos pessoais e financeiros e podem atender às finalidades pretendidas ou similares (Ibidem; Beaton *et al.*, 2002; Queijo, 2002; Coluci *et al.*, 2015). Este procedimento apresenta como vantagem a possibilidade de comparar o conceito em estudo em culturas distintas (Beaton *et al.*, 2002; Queijo, 2002).

Com este intuito, foi desenvolvido um questionário composto por três partes: caracterização sociodemográfica, avaliação da SM+, e avaliação da literacia em saúde mental. Cada uma destas partes é caracterizada seguidamente.

##### 5.4.1. Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica constitui a primeira parte de questões colocadas aos estudantes de enfermagem. É composta por 14 questões, que têm por objetivo recolher informações sobre as características sociodemográficas. Estas são fechadas, dicotómicas e de escolha múltipla. Para proceder à análise das mesmas é necessário que as mesmas sejam mensuráveis, o que exige que as mesmas sejam operacionalizadas (Anexo 1).

#### 5.4.2. Questionário de Saúde Mental Positiva

O Questionário de Saúde Mental Positiva, foi traduzido e adaptado à população portuguesa por Sequeira e colaboradores (2014) o qual obteve resultados que fornecem evidência para a fidelidade, validade de conteúdo e validade de critério quando utilizado em amostras de população adulta portuguesa. O uso deste instrumento foi autorizado pelos autores da versão portuguesa, detentores dos direitos sobre a mesma (Anexo 2).

Este foi adaptado do CSM+ desenvolvido por Lluch (1999), apresentando diferenças estruturais entre a versão original e a versão portuguesa. Os itens que compõe o QSM+ tratam-se de afirmações, formuladas quer no sentido negativo quer no positivo, que retratam a forma de pensar, sentir e agir que podem ser frequentes na pessoa e estão relacionados com os fatores que integram a SM+: satisfação pessoal, atitude pro-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e auto atualização e habilidades de relacionamento interpessoal.

Ao comparar a versão espanhola com a versão portuguesa verificam-se alterações ao nível dos fatores 2 (itens 23,24 e 37 na versão espanhola que integram o fator 5 na versão portuguesa), 5 (item 35 na versão espanhola que integra o fator 4 na versão portuguesa), 6 (itens 11 e 24 na versão espanhola (Lluch, 1999) que integram o fator 5 e 1 na versão portuguesa (Sequeira *et al.* 2014), respetivamente). Estas são apresentadas com (\*) na tabela 4.

Fatores	Versão espanhola CSM+	Versão Portuguesa QSM+	
		Itens	Limite superior/inferior
Fator 1: Satisfação pessoal	4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	8/32
Fator 2: Atitude pró-social	1, 3, 23*, 25*, 37*	1, 3, 24*	3/12
Fator 3: Autocontrolo	2, 5, 21, 22, 26	2, 5, 21, 22, 26	5/20
Fator 4: Autonomia	10, 13, 19, 33, 34	10, 13, 19, 33, 34, 35*	6/24
Fator 5: Resolução de problemas e realização pessoal	15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35*, 36	11*, 15, 16, 17, 23*, 25*, 27,28, 29, 32, 36, 37*	12/48
Fator 6: Habilidade de relação interpessoal	8, 9, 11*, 18, 20, 24*, 30	8, 9, 18, 20, 30	5/20

Tabela 4: Diferenças estruturais entre a versão espanhola e portuguesa do QSM+.

Os inquiridos podem responder através de uma escala de Likert, que remete à frequência com que cada afirmação ocorre na vida do mesmo. Cada um deverá assim responder de acordo com a frequência que melhor se enquadra no seu caso: “Sempre ou quase sempre”; “Na maioria das vezes”; “Algumas vezes” e “Raramente ou nunca”.

Esta escala é pontuada de 1 a 4, sendo o limite superior do QSM+ de 39 e o inferior de 156. Deve-se ter em consideração que a pontuação obtida no somatório do QSM+ é inversamente proporcional à SM+. Assim, quanto menor a pontuação global no QSM+ melhores serão os níveis de SMP, compatíveis com estados de *flourishing* (termo usado por Keys & Lopez (2002) para se referirem a níveis completos de SM no modelo de saúde mental completa); sendo que a obtenção de valores superiores no QSM+ se reflete em níveis inferiores de SM, indicativos de estados de *languishing* (termo usado por Keys & Lopez (2002) para se referirem a níveis incompletos de SM no modelo de saúde mental completa).

A pontuação é atribuída da seguinte forma: “Sempre ou quase sempre” corresponde a um ponto; “Na maioria das vezes”, corresponde a dois pontos; “Algumas vezes”, corresponde a três pontos; e “Raramente ou nunca” corresponde a quatro pontos. Os itens formulados de forma negativa (4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37) devem ser pontuados de forma inversa.

No que concerne à operacionalização das variáveis do QSM+ estas correspondem aos fatores da SM+, sendo operacionalizadas de acordo com os itens do QSM+ e as respectivas respostas, conforme apresentado na tabela 5.

Exposto isto, a SM+ será operacionalizada como variável quantitativa contínua, através do somatório dos valores obtidos em cada item do QSM+, ou mediante o somatório dos valores de cada fator.

Variável	Componentes (Itens QSM+)	Indicadores	Tipo de Variável
Fator 1: Satisfação pessoal	4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	<p><b>ITEMS POSITIVOS:</b> Sempre ou quase sempre: 1 Na maioria das vezes: 2 Algumas vezes: 3 Raramente ou nunca: 4</p> <p><b>ITEMS NEGATIVOS:</b> Raramente ou nunca: 1 Algumas vezes: 2 Na maioria das vezes: 3 Sempre ou quase sempre: 4</p>	Quantitativa Contínua
Fator 2: Atitude pró-social	1, 3, 24*		
Fator 3: Autocontrolo	2, 5, 21, 22, 26		
Fator 4: Autonomia	10, 13, 19, 33, 34, 35*		
Fator 5: Resolução de problemas e realização pessoal	11*, 15, 16, 17, 23*, 25*, 27, 28, 29, 32, 36, 37*		
Fator 6: Habilidade de relação interpessoal	8, 9, 18, 20, 30		

Tabela 5: Operacionalização das variáveis incluídas no QSM+.

#### 5.4.3. Mental Health Literacy Scale

Na conceção de empoderamento (*empowerment*) Jorm e colaboradores (1997) introduzem o termo “*mental health literacy*” conceptualizado como o conhecimento e as crenças sobre as doenças mentais que ajudariam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção (Jorm, *et al.*, 1997).

Em 1995, na Austrália, é realizado um estudo transversal com o objetivo de avaliar a compreensão acerca da saúde mental e o reconhecimento de possibilidades de ajuda mútua entre si e a partir dos recursos oferecidos nos serviços de saúde, para a sua concretização aplicaram uma entrevista em forma de *vinhetas*.

Assim, com este instrumento, o *National Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview version*, abordaram: a capacidade de reconhecer os transtornos mentais retratados nas *vinhetas*, o conhecimento e crenças sobre causas e fatores de risco das mais variadas alterações/transtornos mentais, e a opinião sobre como procurar informação e ajuda profissional em saúde mental (Jorm, 1997,2000).

Apesar das informações obtidas a partir daqui, e da relevância constatada do instrumento por vários estudiosos, estes concluíram que este também se tornava de difícil aplicação, uma vez que os participantes precisavam de muito mais tempo para responder às questões, em forma de *vinhetas*, existindo também limitações de compreensão, metodologia e mensuração, referindo que tal se deve ao facto de o “*constructo não era em formato de escala quanti capaz de avaliar e mensurar todos os atributos*” (Campos, 2016, pp. 20).

Assim, com base no trabalho de Jorm e partindo do instrumento de entrevista por ele proposto, O'Connor e Casey, optaram por criar uma nova versão baseada numa mensuração quantitativa e passível de obter a compreensão do nível de literacia em saúde mental. Deste modo, elaboraram o *Mental Health Literacy Scale* (O'Connor et al., 2015). De ressaltar que o “*desenvolvimento integral de um novo instrumento de mensuração em saúde é complexo, consome vários recursos e requer a mobilização de capacidades e de conhecimentos de diversas áreas*” (Coluci et al., 2015, pp. 926).

O'Connor e Casey objetivaram a criação de uma escala metodologicamente mensurável que preserva os atributos do instrumento desenvolvido por Jorm. Assim o *Mental Health Literacy Scale*, trata-se de uma escala tipo Likert que varia entre quatro e cinco itens, a pontuação total mínima e máxima, oscila entre trinta e cinco pontos e cento e sessenta. Os itens de resposta 10, 12, 15, 20-28 devem ser pontuados de forma inversa. As opções de resposta possível são: “*very unlikely*”, “*unlikely*”, “*likely*” e, “*very likely*”; “*strongly disagree*”, “*disagree*”, “*neither agree or disagree*”, “*agree*” e, “*strongly disagree*”.

Para testar a confiabilidade do instrumento, O'Connor e Casey efetuaram um re-teste duas semanas após a primeira aplicação, concluindo que o mesmo apresenta boa confiabilidade ( $r(69) = .797, p < .001$ ) e a boa consistência interna ( $\alpha = .93$ ). Este é composto por 35 questões das quais: 8, abordam a capacidade de reconhecer a doença mental; 4, refletem o conhecimento sobre a procura de informação; 2, acerca dos riscos e fatores potenciadores; 2, sobre o conhecimento sobre o tratamento próprio; 3, sobre o conhecimento acerca do tratamento profissional disponível; e 16, sobre atitudes que promovem o reconhecimento de doença mental e do comportamento pessoal.



O desenvolvimento da MHLS de forma integrativa e metodológica demonstrou boa validade e confiabilidade, constituindo-se como o primeiro instrumento para avaliar níveis de literacia em saúde mental, alicerçado numa escala. Apresenta propriedades psicométricas consideráveis e é facilmente administrado e mensurável. A operacionalização destes atributos apresenta-se na tabela 6.

Atributo	Definição operacional
Capacidade para reconhecer distúrbios específicos de doença mental	Capacidade para identificar corretamente as características de um distúrbio, um distúrbio específico ou uma categoria de distúrbios
Conhecimento sobre as formas de procurar informação sobre saúde mental	Conhecimento onde ir buscar informação e capacidade para o fazer
Conhecimento sobre causas e fatores de risco	Conhecimento de fatores ambientais, sociais, familiares ou biológicos que aumentam os riscos de desenvolvimento de uma doença mental
Conhecimento de estratégias de autoajudas	Conhecimento de tratamentos típicos, recomendados por profissionais de saúde mental, e atividades que podem ser lavadas a cabo por um indivíduo
Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível	Conhecimento de profissionais de saúde mental e do serviço prestado por estes
Atitudes que promovem reconhecimento e auto-ajuda apropriada	Atitudes com impacto no reconhecimento de distúrbios e vontade de ter comportamentos de auto-ajuda

*Tabela 6: Operacionalização dos atributos do MHLS (Adaptado. O'Connor et al., 2015).*

No que concerne à operacionalização das variáveis do HMLS estas correspondem a componentes de LSM, sendo operacionalizadas de acordo com os atributos do HMLS e as respetivas respostas. Tendo-se presente que quanto maior a pontuação global obtida melhor o nível de literacia em saúde mental do indivíduo avaliado. Consideraram-se como pontos de corte indicativos do nível de literacia os seguintes valores: 35-76 como indicativo de literacia básica funcional; 77-118, representativo de literacia comunicativa/interativa; e, 119- 160 de literacia crítica. A LSM será operacionalizada como variável quantitativa contínua, através do somatório dos valores obtidos em cada item do HMLS, ou mediante o somatório dos valores de cada atributo.

#### **5.4.3.1. Procedimento de Adaptação Intercultural do Mental Health Literacy Scale**

Coluci e colaboradores advogam que deve haver “preferência por realizar a adaptação cultural de questionários previamente desenvolvidos e validados em outros idiomas em detrimento de construir novos instrumentos. Esta é uma alternativa facilitadora para a troca de informações e divulgação do conhecimento entre a comunidade científica”

(Coluci, *et al.*, 2015, pp. 926). A adaptação intercultural é necessária para que o instrumento de medida se torne compreensível e relevante, mantendo a integridade dos itens (na versão de origem), e a respetiva validade de conteúdo na nova língua e população. Possui duas componentes básicas, a tradução e adaptação do instrumento, que implica a conjugação da tradução literal das palavras de um idioma para outro e a da adaptação ao contexto cultural e estilo de vida da população alvo. Na literatura científica são vários os exemplos de adaptação de instrumentos de medida em saúde. As novas tecnologias facilitam em muito este acesso. Sendo a metodologia utilizada nestes processos de adaptação intercultural é variada, denotando-se a sua evolução. Sobre isto, Oliveira e colaboradores afirmam que a *“evolução do processo de adaptação (...) de instrumentos de medida e avaliação colocou por terra as ideias de que a implementação da técnica poderia se resumir ou a simples tradução do instrumento para o novo idioma ou à comparação literal entre a tradução e a retradução”* (Oliveira *et al.*, 2015, pp. 14).

Na literatura apresentam-se diferentes abordagens teóricas e propostas processuais para este processo. Denota-se que não existe consenso quanto às estratégias a adotar. No entanto destacam-se alguns destes procedimentos desenvolvidos por: Guillemín *et al.* (1993); Chwalow (1995); Bullinger *et al.* (1998); Herdman *et al.* (1998); Beaton *et al.* (2000); Reichenheim e Moraes (2007). Utilizar-se-á como referencial as etapas metodológicas, apresentadas por Beaton *et al.* (2002) e Ferreira *et al.* (1998) na adaptação intercultural de instrumentos de medida em saúde: Tradução; Síntese das traduções; Retroversão; Síntese das retroversões; Painel de peritos; e, Pré-teste. Optou-se pelo termo adaptação intercultural, uma vez que para Beaton *et al.* (2002, p. 1) *“the term cross-cultural adaptation is used to encompass a process which looks at both language (translation) and cultural adaptation issues in the process of preparing a questionnaire for use in another setting”*; e, que Ferreira e Marques (1998) remetem para a necessidade de na adaptação intercultural ser necessário a adaptação linguística e cultural do instrumento para a realidade a que se pretende adaptar.

O processo de adaptação deste instrumento para a população portuguesa foi autorizado pelo Dr. Matt O'Connor, detentor dos direitos de autor do mesmo (Anexo 3). Optou-se por seguir as recomendações de Beaton *et al.* (2002) por forma a garantir a qualidade da versão portuguesa do HMLS. Este teve dois momentos distintos: primeiros procedeu-se à avaliação as equivalências de semântica, significado e linguística e posteriormente a validação do instrumento através da propriedade psicométrica (validade de conteúdo). As equivalências conceptual e linguística *são apresentadas pelo European Group on Health Outcomes como sendo os critérios que nos permitem considerar determinado instrumento como cultural e linguisticamente equivalente* (Ferreira *et al.*, 1998, pp. 21).

Na **primeira etapa**, devem obtém-se pelo menos duas traduções do idioma original (idioma de origem) para o idioma de destino. Dessa forma, as traduções podem ser comparadas, e as discrepâncias que possam refletir um texto ambíguo no idioma original ou

na forma como uma palavra é traduzida podem ser identificadas. As duas traduções independentes são produzidas por tradutores bilíngues que têm a língua-alvo como língua materna. As traduções para a língua materna, ou primeira língua do tradutor, são mais propensas a refletir com precisão as nuances dessa linguagem (Hendricson, 1989; Ferreira et al., 1998). Cada um dos tradutores produz um relatório escrito da tradução que eles fizeram. Os comentários são incluídos para destacar frases ou incertezas, juntamente com a justificação para as escolhas finais. O conteúdo do item, opções de resposta, instruções e documentação de pontuação são todos traduzidos usando o mesmo processo. Os dois tradutores devem ter diferentes perfis para garantir a melhor tradução possível (Beaton et al., 2002; Ferreira et al., 1998). Estes têm características específicas: um, deve ter conhecimento do tipo de conceitos do instrumento, as suas adaptações serão direcionadas à equivalência de uma perspetiva mais clínica, e podem produzir uma tradução que seja um equivalente mais confiável do que o original de uma perspetiva de medição; o outro, não deve estar ciente dos conceitos que são quantificados e, preferencialmente, não ter antecedentes médicos/clínicos, é designado de tradutor "ingênuo", e, é mais provável que ele detete as diferenças mais subtis no significado do original do que o primeiro tradutor.

**Na segunda etapa,** deverá ser elaborada a síntese das duas traduções, e uma terceira pessoa imparcial é adicionada à equipe, para auxiliar nesse processo. O papel dessa pessoa é servir como mediador nas discussões das diferenças de tradução e produzir uma documentação escrita do processo. Trabalhando a partir do questionário original, da versão do primeiro tradutor (T1) e do segundo tradutor (T2), uma síntese dessas traduções é elaborada, resultando numa tradução comum (T12). O processo de síntese, cada questão abordada e como ela foi resolvida é concluída, fica cuidadosamente documentado num relatório escrito. Nesta etapa, é importante que os problemas/discrepâncias sejam resolvidos por consenso (Beaton et al., 2002; Ferreira et al., 1998).

Seguidamente, **na terceira e quarta etapas,** trabalha-se a partir da versão T-12 do questionário, o instrumento é então traduzido de volta para o idioma original. Este é um processo de verificação de validade para garantir que a versão traduzida reflita com precisão o conteúdo do item da versão original, verificando divergências de significado e/ou de conteúdo entre o instrumento original e a síntese de traduções para a língua-alvo (T-12). Os retroversores não devem conhecer o instrumento original. As principais razões para isso são evitar informações sobre os significados inesperados dos itens do questionário traduzido (T-12) (Beaton et al., 2002) aumentando assim a probabilidade de "realçar as imperfeições" (Beaton et al., 2002). São consideradas mínimas a produção de duas retroversões (RV1 e RV2). Os retroversores devem ter como língua materna o inglês (Beaton et al., 2002; Ferreira et al., 1998). Sugere-se que a versão obtida seja enviada ao autor do instrumento para respetiva avaliação (Beaton et al., 2002). Findas estas etapas, torna-se possível o alcance das equivalências conceptual e linguística entre o instrumento original e a versão portuguesa da HMLS (Ferreira & Marques, 1998; Beaton et al., 2002). Tornando-se necessário avaliar as

propriedades psicométricas para avaliar a semelhança das mesmas em comparação com a versão original. Este processo ocorre nas etapas seguintes.

Assim, na **quinta etapa**, ocorre a submissão a um painel de peritos. Esta tem por finalidade, consolidar todas as versões e componentes do questionário, incluindo o instrumento original, instruções, documentação de pontuação e todas as versões traduzidas (T1, T2, T12, RV1, RV2), e desenvolver a versão pré-final do instrumento para efetuar o pré-teste. A composição deste grupo é crucial para alcançar a equivalência intercultural do instrumento traduzido; deve ser constituído por elementos com conhecimento na área de estudo, pelos diferentes tradutores/retroversores, pelo pesquisador que elaborou a síntese das traduções/retroversões; este processo deve ser desenvolvido com contacto próximo com o autor que desenvolveu o projeto, para responder a perguntas e fornecer informações (Beaton *et al.*, 2002).

N a **sexta etapa**, Beaton *et al.* (2002) recomendam que sejam compreendidos entre 30 a 40 indivíduos, pressupondo p preenchimento do instrumento com posterior entrevista para averiguar o que estes sobre os diferentes itens e respetivas respostas do instrumento. Este procedimento, garante que a nova versão mantem o equivalente quando aplicada com o instrumento original. A distribuição das respostas deverá ser analisada para procurar uma alta proporção de itens ausentes os respostas únicas (Beaton *et al.*, 2002; Ferreira *et al.*, 1998).

Deve-se notar que este estágio fornece algumas informações úteis sobre como um individuo interpreta os itens do instrumento, não aborda a validade de constructo, a confiabilidade ou os padrões de respostas a itens, que também são críticos para descrever o sucesso de uma adaptação intercultural. O processo descrito fornece alguma medida de qualidade na validade de conteúdo. Testes adicionais para a retenção das propriedades psicométricas do instrumento são altamente recomendados, mas não são necessários para aprovação da versão traduzida (Beaton *et al.*, 2002; Ferreira *et al.*, 1998). Estes testes adicionais reportam-se: à análise da fiabilidade, coerência interna e teste-re-teste ou reprodutibilidade, isto é, *avalia até que ponto um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado* (Ferreira *et al.*, 1998, pp.7), *pressupõe homogeneidade do conteúdo e coerência interna*. (Ferreira *et al.*, 1998, pp.9), para o efeito pode se usar a análise de variância (ANOVA), utilizando o coeficiente r de Pearson, o coeficiente de Kappa, o Coeficiente Inter-Classe ou o Alpha de Cronbach; e, à validade, *que avalia até que ponto o procedimento de medição produz a resposta correcta* (Ferreira *et al.*, 1998, pp.7), inclui a validade de conteúdo, critério e construção.

Este processo encontra-se resumido na figura 6, que esquematiza os dois momentos deste processo: avaliação as equivalências de semântica, significado e linguística; e. validação do instrumento através da propriedade psicométrica (validade de conteúdo).

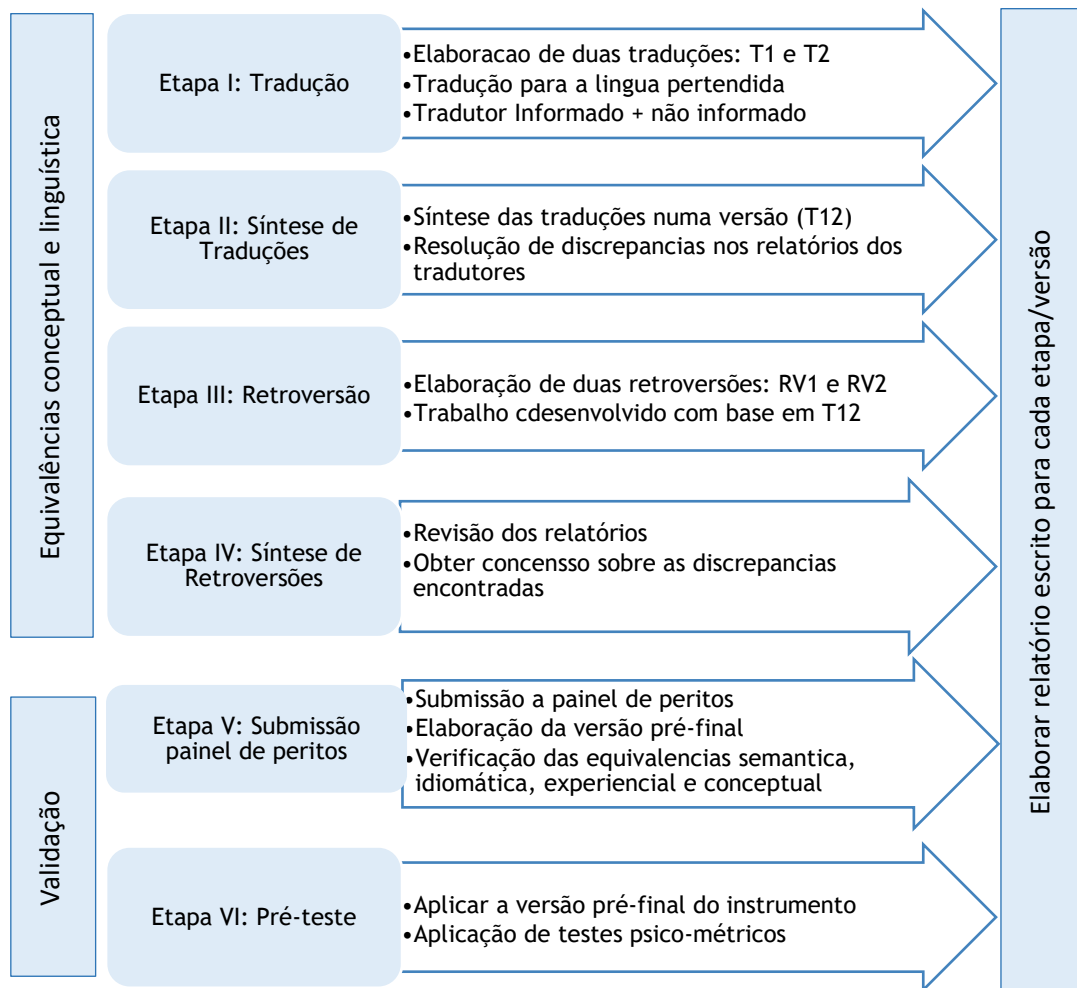


Figura 6: Representação gráfica das etapas do processo de adaptação intercultural do HMLS.

### Equivalências: Conceptual e Linguística

*“Na literatura são por vezes descritas as seguintes equivalências: equivalência linguística (ou semântica), equivalência conceptual, equivalência de conteúdo, equivalência de critério e equivalência técnica. Contudo, as equivalências de conteúdo, de critério e técnica são já validações psicométricas e foram previamente abordadas como validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção. Por isso, deter-nos-emos apenas na obtenção das equivalências conceptual e linguística (...) que (...) dever-se-á iniciar pela produção de uma tradução” (Ferreira et al., 1998, pp.19,20).*

A **equivalência conceptual** refere-se *“à relevância e ao significado, noutra cultura, de um conceito ou dimensão tidos por relevantes na cultura original”* (Ferreira et al., 1998, pp.20), pressupondo a análise da natureza do conceito ou do construto em causa no âmbito das culturas envolvidas (Oliveira et al., 2015). Compreende a análise da semelhança de significado de determinadas palavras ou expressões ou se adquirem a mesma importância

nas diferentes culturas, apesar da equivalência semântica que apresentam; tendo em consideração o idioma, contexto cultural e estilo de vida (Alexandre *et al.*, 2011).

A **equivalência linguística** ou semântica refere-se à similaridade de significado dos conceitos nas duas culturas, de forma a obter efeito equivalente aquando da aplicação do instrumento aos respondentes. Recomenda-se, de acordo com Oliveira *et al.* (2015, pp. 18), *“observar os significados referencial, conotativo, estilístico, afetivo, reflexivo, coloquial e temático, bem como o emprego de linguagem adequada à população alvo”*; *compreende a verificação de que a construção das perguntas (ou dos itens) mantem o mesmo significado que tinha na língua original* (Ferreira *et al.*, 1998, pp.20).

## **Etapa I - Tradução**

Na **primeira etapa** para a obtenção das equivalências conceptual e linguística, que corresponde à tradução do instrumento na língua original, inglês, para português, foram convidadas duas pessoas para participar em cada uma dessas etapas; a seleção destes teve em conta a língua nativa, conforme recomendações (Ferreira *et al.*, 1998; Beaton *et al.*, 2002), assim ambos têm como língua materna o português, mas possuem domínio da língua inglesa. Os dois tradutores com naturalidade portuguesa, nativos na língua portuguesa com conhecimento profundo da língua inglesa, um deles do sexo feminino e bilingue e o outro do sexo masculino e trilingue, ambos com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos. A primeira sem formação específica na área da saúde, certificada pela Escola Superior de Educação da Universidade do Porto e pela Universidade do Minho, detentora do grau de mestre em língua, cultura e literatura inglesas. O segundo, certificado pelo University of Oxford and University of Cambridge e com formação específica na área de saúde.

Estes dois colaboraram neste processo produzindo cada um uma tradução a partir do instrumento original para a língua e cultura portuguesa (T1 e T2). Esta foi realizada item a item, contemplando as questões, respostas, notas introdutória/explicatória para preenchimento e instruções para obtenção de resultado. Nenhum dos tradutores contactou com o outro durante este processo, segundo as recomendações explanadas anteriormente.

Apesar de ambos saberem da existência um do outro, não conheciam a identidade do outro tradutor, o que permitiu que não trocassem informação entre si durante este processo. Como referido anteriormente os dois tradutores tem perfis diferentes no que concerne aos conhecimentos em saúde. Assim, um dos tradutores elaborou uma tradução pura e literal, por não ter influência de pressupostos oriundos de um conhecimento prévio da finalidade e conceitos do instrumento original; enquanto, o outro tradutor, elaborou uma tradução adaptada ao fenómeno em estudo, uma vez que o conhecimento prévio lhe permite efetuar a tradução numa perspetiva clínica, tendo-lhe sido explicados a temática e conceitos inerentes ao instrumento original. Deste processo, que decorreu de forma independente pelos dois tradutores resultaram duas traduções, T1 e T2.

## Etapa II - Síntese de Traduções

Na **segunda etapa** objetivou-se a elaboração da síntese das traduções, tendo por base o instrumento HMLS, T1 e T2, da qual resultou uma versão única na língua portuguesa (T12). Neste processo participaram os tradutores e o investigador que produziram a versão T12 (Anexo 4), visando que a mesma tivesse um texto simples e de fácil compreensão. Verifica-se que as discrepâncias entre as duas traduções se relacionavam com a tradução de expressões e/ou palavras, que foram facilmente resolvidas de forma consensual pelos dois tradutores; estas foram descritas num relatório. Na análise da resolução das divergências verifica-se que o presente é o tempo verbal mais adequado à adaptação do instrumento (uma vez que as questões embora referentes a ações ocorridas no passado (*past simple*) ou no futuro (*future*), são sempre formuladas no presente (*presente simple*)) e, que se optou mais pelos itens oriundos de T1 (em 82,61% das situações) em comparação pelos itens oriundos de T2 (em 17,39% das situações). Como vários autores apontam o perfil dos tradutores é importante neste processo, sendo o perfil do tradutor de T1 possível explicação para esta variância dado o seu conhecimento no campo da saúde e terem-lhe sido explicadas a temática e conceitos inerentes ao instrumento original; já o tradutor de T2 apesar de plenamente proficiente em inglês não é detentor de conhecimento específico na área da saúde. Esta etapa foi concluída com o consenso dos três participantes.

## Etapa III - Retroversões

Na **terceira etapa**, outros dois tradutores procederam à produção da respetiva retroversão (independente) de T12. Ambos tendo como língua materna a língua inglesa, mas conhecendo a língua e cultura portuguesas. Eram ambos do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos, sem formação específica na área da saúde. Um deles com naturalidade inglesa e residente em Portugal. O outro com naturalidade australiana e com formação na Curtin University. A partir da versão T-12 do instrumento, realizou-se a tradução para o idioma original do mesmo. Os retroversores à semelhança da primeira etapa, apesar de possuírem conhecimento da existência um do outro, desconheciam a respetiva identidade do segundo, impossibilitando a troca de ideias/conhecimentos. Com um deles não possui conhecimento específico na área da saúde, realizou uma tradução pura, enquanto, o outro sendo detentor deste conhecimento executou uma tradução com maior atenção à terminologia clínica. A versão traduzida deverá refletir com precisão o conteúdo do item da versão original, verificando divergências de significado e/ou de conteúdo entre o instrumento original e a síntese de traduções para a língua-alvo (T-12). Cada um dos retroversores produziu a sua versão de forma independente (RV1 e RV2) a partir de T-12.

#### **Etapas IV - Síntese de Retroversões**

A **quarta etapa** visou a realização da síntese de retroversões ainda com a colaboração dos retroversores e do investigador, tendo por base o instrumento HMLS, RV1 e RV2, da qual resultou uma versão única na língua inglesa: RV12 (Anexo 5). Em conformidade com a segunda etapa, verifica-se que as discrepâncias entre as duas retroversões se relacionavam com a tradução de expressões e/ou palavras, que foram facilmente resolvidas de forma consensual pelos dois tradutores; constata-se após análise minuciosa da resolução destas que se opta pelos itens oriundos de RV1 em detrimento dos de RV2, estas opções foram descritas num relatório. Tal como na segunda da etapa deste processo, considera-se que estas opções estejam relacionadas ao perfil do tradutor que elaborou a RV1, uma vez que tem conhecimento específico na área da saúde. Conclui-se esta etapa com o consenso dos três participantes. Considera-se que finalizadas estas quatro etapas, se alcançou as equivalências conceptual e linguística entre o instrumento original e a versão portuguesa do mesmo. Sendo que, Beaton *et al.* (2002) propõe que após estas etapas, a versão obtida da síntese de retroversões deve ser submetido ao autor do instrumento original. No entanto, como ainda se pressupõe a submissão a um painel de peritos, que pode incorrer em alterações nesta, opta-se por realizar essa etapa após a revisão destes. Assim, após finalizada a etapa seguinte deste processo de adaptação intercultural, a versão obtida deste instrumento será enviada ao seu autor, Matt O'Conner *et al.* (2015), portador dos direitos de autor do HMLS.

#### **Validade de Conteúdo**

A validade de conteúdo *“demonstra que o domínio do conteúdo de um instrumento de medição é apropriado relativamente aos objectivos esperados”* (Ferreira & Marques, 1998, p. 12), reportando-se ao *Grau em que os enunciados de um instrumento de medida representam adequadamente o conteúdo que se pretende avaliar* (Fortin, 2009b, pp.376). Pretende-se nesta etapa que seja assegurado que os itens do instrumento representem adequadamente o que se pretende medir, neste caso a literacia em saúde mental. Pode ser avaliada qualitativamente de duas formas: pelo julgamento teórico de especialista com conhecimento no domínio pretendido (saúde mental e psiquiatria), para garantir que o instrumento é representativo do que se pretende avaliar; e/ou pelo julgamento de pessoas comuns sobre a clareza, inclusão de todos os conceitos, e redundância dos itens do instrumento (Ferreira *et al.*, 1998; Matias, 2010), *Por vezes, este procedimento aparece também descrito como um teste da validade facial* (Ferreira *et al.*, 1998, pp. 13).

A validade de conteúdo foi realizada com recurso ao julgamento teórico de especialistas de um domínio específico (revisão pelo painel de peritos) e pelo julgamento de pessoas comuns (pré-teste), conforme recomendado na literatura e de acordo com o



estudo original de construção do instrumento original (Ferreira & Marques, 1998; Beaton *et al.* 2002; Streiner *et al.*, 2008; Fortin & Nadeau, 2009; Matias, 2010).

## PAINEL DE PERITOS

Os objetivos para este painel são: comparar os itens da síntese de traduções (T-12) e a síntese de retroversões (RV12) com o instrumento original, avaliando as equivalências conceptual e linguística; analisar a redação dos itens da síntese de traduções (T-12) e a síntese de retroversões (RV12) no que concerne à sintaxe das frases, clareza e facilidade de leitura; avaliar a capacidade dos itens da versão portuguesa serem representativos do fenómeno em estudo.

Na submissão a um painel de peritos, na validação de conteúdo é recomendado um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas para participarem nesse processo de acordo com alguns autores; outros autores, propõe de seis a vinte sujeitos. Ao decidir sobre este aspeto recomenda-se considerar as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos sujeitos necessários.

Na seleção deve-se atender à experiência dos membros para esse painel; e, a inclusão de pessoas leigas, de forma a assegurar a correção de frases e termos que estejam pouco claros (Alexandre *et al.*, 2011). Nesta metodologia são estabelecidas *três condições básicas: o anonimato dos respondentes; a representação estatística da distribuição dos resultados; e o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes* (Rozados, 2015, pp. 67).

A técnica *Delphi* apresenta os seguintes aspetos positivos: integra facilmente o elemento humano, minimiza as pressões psicológicas existentes em reuniões; atenua a relutância das pessoas para mudar de uma opinião já expressa anteriormente; e evita que poucos membros dominem a maioria do tempo disponível (Rozados, 2015; Haughey, 2018). *O anonimato das respostas e o fato de não haver uma reunião física reduzem a influência de fatores psicológicos, como os efeitos da capacidade de persuasão, a relutância em abandonar posições assumidas e a dominância de grupos majoritários em relação a opiniões minoritárias* (Rozados, 2015, pp. 69). Evita ainda a revisão das discussões e reflexões anteriores, bem como repetição de julgamentos anteriores, incentivando desse modo a abertura à patilha de reflexões em alto nível (Haughey, 2018).

Saint-Paul (1984), Gupta *et al.* (1996) e Linstone *et al.* (2002), veem algumas desvantagens na técnica Delphi, relacionadas ao questionário utilizado, pelo fato de ele poder representar uma limitação, no sentido de tentar exprimir aquilo que ainda não foi expresso, além de ser fácil interpretar mal as questões. Em relação às respostas obtidas, as desvantagens englobam: a técnica permitir análises não confiáveis; de desenvolver valores limitados de consenso e, de poder apresentar instabilidade nas respostas durante as etapas.

*“A base da técnica está na pressuposição de que o uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, como julgamento coletivo organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um único indivíduo. Neste sentido, ele é um método especialmente recomendável quando não se dispõe de dados quantitativos ou quando estes não podem ser projetados para o futuro com segurança, face às expectativas de mudanças estruturais nos fatores determinantes das tendências futuras”* (Rozados, 2015, pp. 67).

Seguidamente apresentam-se as etapas contempladas neste processo. De ressaltar que podem ser realizadas rondas de perguntas quanto as necessárias para a obtenção de consenso pelo painel de peritos. Este pode também ser obtido na primeira ronda de perguntas.

Passo 1: Escolher um facilitador	•Este deve estar familiarizado com a pesquisa/investigação em curso. Este é responsável por analisar e agilizar este processo até à obtenção de um consenso.
Passo 2: Identificar os especialistas que irão compor o grupo	•A técnica Delphi é um painel de especialistas. Considera-se especialista o indivíduo com conhecimentos e experiência relevantes para o assunto em estudo.
Passo 3: Definir o problema	•É crucial apresentar uma definição clara e abrangente do assunto em estudo, para que os peritos compreendam adequadamente os objetivos do estudo e possam manifestar as suas reflexões adequadamente.
Passo 4: Ronda de perguntas	•As perguntas podem ser colocadas sobre a forma de questionário, permitindo resumir as respostas (isto, evita conteúdos e comentários irrelevantes, e, facilita o alinhamento de pontos comuns entre opiniões).
Passo 5: Comilação de resultados e tomada de decisão	•Espera que após a execução desta técnica o painel de especialistas chegue a um consenso. Esta pode ser aferida através do índice de concordância global.

Tabela 7: Etapas da técnica Delphi (Adaptado de Haughey, 2018).

O painel de peritos, após receber as versões produzidas anteriormente (T-12 e RV2) decidirá sobre as equivalências entre a versão de origem e a obtida, considerando quatro aspetos:

- equivalência semântica: as palavras significam a mesma coisa? Existem múltiplos significados para um determinado item? Existem dificuldades gramaticais na tradução;

- equivalência idiomática: coloquialismos ou expressões idiomáticas são difíceis de traduzir;
- equivalência experiencial: as situações evocadas/retratadas na versão original devem estar adequadas ao contexto cultural visado na adaptação intercultural do instrumento;
- equivalência conceitual: validade do conceito explorado e aos eventos experienciados por pessoas na cultura alvo, pode haver discrepâncias entre o significado semântico e o significado conceptual dos itens.

Para tal, deverão anotar a pertinência de cada enunciado como parte integrante do domínio em estudo e/ou como componente representativo do conceito em estudo e, ainda, se cada enunciado mantém o mesmo significado que o original (Fortin *et al.*, 2009; Ciconeli, 1997, Cit. por Vilelas, 2009). Sendo disponibilizado a cada membro deste grupo um questionário para o efeito (Anexo 6). No final será calculada a percentagem de concordância entre os peritos.

Os questionários são considerados “instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (Wood *et al.*, 2001, Cit. por Vilelas, 2009, p. 287). Este tipo de instrumento, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 2009b, pp. 249).

O questionário disponibilizado foi organizado em três partes: nota introdutória (onde constam os objetivos e instruções de preenchimento); uma tabela para cada item em análise do HMLS (composta por cinco linhas, onde contam, o original em inglês, sínteses de traduções e retroversões, comentários, e, sugestão - a preencher em caso de discordância); uma tabela onde se questiona sobre a adequação dos itens da versão portuguesa para a representatividade do fenómeno em estudo.

Assim, foi disponibilizado aos peritos um instrumento que permitiu exprimirem o seu julgamento teórico de forma quantitativa. Do total de trinta inquiridos obteve-se resposta de cinco peritos até à data de vinte e oito de maio.

A caracterização do painel de peritos é realizada com recurso à estatística descritiva das variáveis *idade* e *tempo de exercício profissional de enfermagem* (que permitem uma melhor compreensão da constituição do painel de peritos), e à frequência absoluta (FA), (que permite analisar o número de vezes que se observou a variável) e frequência relativa (FR), correspondente ao quociente entre a FA e o número total de observações (Alves, 2016). Os dados relativos à FA e FR serão apresentados na figura 7.

O painel de peritos é constituído por cinco enfermeiros com idades compreendidas entre vinte e seis e cinquenta e dois anos de idade, sendo a média de quarenta anos. Três deles são enfermeiros generalistas e dois especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Dois têm experiência profissional entre três a cinco anos, dois entre onze e vinte

anos e um têm mais de vinte anos de experiência profissional. Sendo que os cinco trabalham num serviço hospitalar com internamento de psiquiatria.

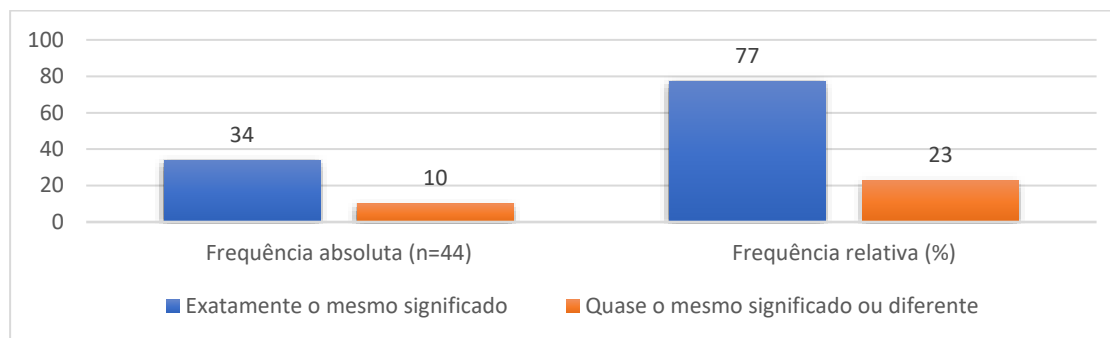


Figura 7: Gráfico da distribuição dos itens da versão portuguesa da escala HMLS segundo as classes de significado.

A validade de conteúdo foi analisada de acordo com a análise da representatividade do instrumento para o fenómeno que se quer estudar e a compreensão e clareza dos itens existentes. Para o efeito foi calculada a percentagem de concordância (IC) entre os peritos no que concerne à pertinência de cada enunciado como componente representativa do conceito em estudo e se o enunciado mantém o mesmo significado do original.

O IC entre os peritos foi verificado através do cálculo do ICG, de acordo com a escala proposta por Flaherty *et al.* (1988, Cit. por Nóbrega e Gutiérrez, 2000), que classifica os itens como tendo: “Exatamente o mesmo significado” na versão original e na versão adaptada, quando apresentarem IC de 100%; “Quase o mesmo significado”, quando apresentarem IC de 99% a 80%; e, “Significado diferente”, quando apresentarem IC igual ou inferior a 79%.

Observou-se que dos 44 itens em análise, 24 destes (55%) apresentam “exatamente o mesmo significado” que os seus itens na escala original, e desse modo IC=100% entre os peritos; e os restantes 20 itens (45%) apresentaram para alguns peritos “quase o mesmo significado” ou “significado diferente” em comparação com os seus itens correspondentes na escala original, assumindo IC<100%, entre os peritos.

Deste modo, cinco avaliações realizadas pelo grupo de peritos, resultaram um total de 220 itens analisados por estes nas suas avaliações, havendo: 207 avaliações com resposta concordante, isto é, exatamente com o mesmo significado que o original; 13 avaliações com resposta não concordante, isto é, que não apresentam o mesmo significado que o original. Os itens de resposta 3, 11, 13, 14, 19 e introdução de tiveram cada um deles 1 resposta não concordante. Os itens de resposta 1, 2, 6, 15 tiveram cada um deles 2 respostas não concordantes. Assim, num total de 220 observações obteve-se 207 respostas concordantes, o que permite atribuir ICG=94% para a versão portuguesa da HMLS, o que representa “quase o mesmo significado”, entre esta e a original. A concordância do painel para a representação do fenómeno em estudo pelos itens desta versão foi de 100%. Este valor considera-se aceitável de acordo com Waltz *et al.* (2017) e Fortin (2009c) ao referirem-se ao índice de

validade de conteúdo. No entanto, foram sugeridas alterações para os itens de resposta 1, 2 e introdução, tendo-se procedido à análise das mesmas.

No item **introdução** o perito discordante de que transmitisse *exatamente o mesmo significado* sugeriu que na síntese de traduções (T12) a expressão “o objetivo das seguintes questões é saber o seu nível de conhecimento” fosse alterada para “Estas questões têm como objetivo melhorar a nossa compreensão do seu nível de conhecimento” de forma a que esta ficasse semanticamente mais correta. Optando-se por proceder à alteração sugerida (tabela 12).

Introdução	
Original em Inglês	The purpose of these questions is to gain an understanding of your knowledge of various aspects to do with mental health. When responding, we are interested in your degree of knowledge. Therefore when choosing your response, consider that:
Síntese Tradução (T12)	<b>O objetivo das seguintes questões é saber o seu nível de conhecimento</b> sobre vários aspetos relativos à Saúde Mental. Ao responder tenha em atenção que estamos interessados no seu nível de conhecimento, por isso ao escolher a sua resposta considere que:
Síntese de Traduções (T12) alterada	<b>Estas questões têm como objetivo melhorar a nossa compreensão do seu nível de conhecimento</b> sobre vários aspetos relativos à Saúde Mental. Ao responder tenha em atenção que estamos interessados no seu nível de conhecimento, por isso ao escolher a sua resposta considere que:
Síntese Retroversão (RV12)	The purpose of the following questions is to know your level of knowledge about various aspects of Mental Health. When answering please note that we are interested in your level of knowledge, so when choosing your answer consider that:

Tabela 8: Item introdução alterado na versão T12 pelo painel de peritos.

No item **de resposta 1**, os dois peritos discordantes de que transmitisse *exatamente o mesmo significado* propuseram a alteração da palavra “fica” para “ficar”, forma infinitiva do verbo, sem alteração da respetiva retroversão. Concordou-se que “ficar” seria uma tradução mais rigorosa do ponto de vista semântico de “If someone **became**” pelo que se procedeu à alteração proposta.

Questão 1	
Original em inglês	If someone became extremely nervous or anxious in one or more situations with other people (e.g., a party) or performance situations (e.g., presenting at a meeting) in which they were afraid of being evaluated by others and that they would act in a way that was humiliating or feel embarrassed, then to what extent do you think it is likely they have <b>Social Phobia</b>
Síntese Tradução (T12)	Se uma pessoa <b>fica</b> extremamente nervosa e ansiosa em situações de interação com outras pessoas (p. ex. numa festa) ou apresentações (ex. apresentação numa reunião) onde tem receio de estar a ser avaliada por terceiros e começa a agir de forma humilhante ou sente-se embaraçada, considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?
Síntese de Traduções (T12) alterada	Se uma pessoa <b>ficar</b> extremamente nervosa e ansiosa em situações de interação com outras pessoas (p. ex. numa festa) ou apresentações (ex. apresentação numa reunião) onde tem receio de estar a ser avaliada por terceiros e começa a agir de forma humilhante ou sente-se embaraçada, considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?
Síntese Retroversão (RV12)	If a person becomes extremely nervous and anxious in situations of interaction with others (eg at a party) or performances (eg presentation at a meeting) where he or she is afraid of being evaluated by others and begins to act in a humiliating way or feels embarrassed, do you consider that person has <b>Social Phobia</b> ?

Tabela 9: Item de resposta 1 alterado na versão T12 pelo painel de peritos.

No **item de resposta 2**, os dois peritos discordantes de que transmitisse *exatamente o mesmo significado* propuseram a alteração da palavra “vivencia” para “vivenciar” e da palavra “justifica” para “justificar”, forma infinitiva do verbo, sem alteração da respetiva retroversão. Concordou-se que “ficar” seria uma tradução mais rigorosa do ponto de vista semântico de “someone experienced (...) was not warranted” pelo que se procedeu à alteração proposta.

Questão 2	
Original em inglês	If someone experienced excessive worry about a number of events or activities where this level of concern was not warranted, had difficulty controlling this worry and had physical symptWHO such as having tense muscles and feeling fatigued then to what extent do you think it is likely they have <b>Generalised Anxiety Disorder</b>
Síntese Tradução (T12)	Quando uma pessoa <b>vivencia</b> uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades nas quais o nível de preocupação/stress não se <b>justifica</b> e por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba por desenvolver sintomas físicos como: postura tensa e/ou sensação de fadiga. Considera que essa pessoa tem <b>Perturbação de Ansiedade Generalizada?</b>
Síntese de Traduções (T12) alterada	Quando uma pessoa <b>vivenciar</b> uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades nas quais o nível de preocupação/stress não se <b>justificar</b> e por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba por desenvolver sintomas físicos como: postura tensa e/ou sensação de fadiga. Considera que essa pessoa tem <b>Perturbação de Ansiedade Generalizada?</b>
Síntese Retroversão (RV12)	When someone gets worried and stress about a situation or activities in what the level of stress that the person is experiencing is not justified for the situation normally has difficulty in controlling it and can end up developing symptWHO like tense posture or feeling of fatigue. Do you think this person has <b>Generalizes Anxiety Disorder?</b>

Tabela 10: Item de resposta 2 alterado na versão T12 pelo painel de peritos.

Estas alterações, foram submetidas ao painel de peritos respondentes anteriormente, que apresentam unanimidade no consenso de que estas alterações se adequam aos objetivos propostos. Assim nesta segunda avaliação, constata-se que: os itens de resposta 11, 13, 14, 19 tiveram cada um deles 1 resposta não concordante. Os itens de resposta 6, 15 tiveram cada um deles 2 respostas não concordantes.

Assim, num total de 220 observações obteve-se 212 respostas concordantes, o que permite atribuir ICG=96.36% para a versão portuguesa da HMLS, o que representa “quase o mesmo significado”, entre esta e a original. Este valor considera-se aceitável de acordo com Waltz *et al.* (2017) e Fortin (2009c) ao referirem-se ao índice de validade de conteúdo.

Deste processo, e apesar de o IC=100% apenas para 34 dos itens e o ICG da escala ser de 94%, e assumindo-se o consenso do painel de peritos de que a escala é de fácil e rápida resposta, compreensível e útil, com linguagem simples clara e coloquial, e que esta representa o fenómeno em estudo no contexto cultural português, resultou a versão 1.0 na língua portuguesa da escala HMLS (Anexo 7). Nesta os itens 11 e 12 da versão original passam a 14 e 15 na versão adaptada, o que implica que as questões 13-15 na versão original correspondam às questões 11, 12, 13 na versão adaptada, por forma a permitir reduzir o número de folhas de papel necessárias à impressão da mesma para uma. Assim os itens em

que se deve considerar pontuação inversa na versão portuguesa são os itens 10,13,15, 20-28. Os limites superiores e inferiores de cada atributo bem como os itens que o integram são apresentados na tabela 11.

Variável (componente)	Componentes (Itens)	Limite superior/inferior	Tipo de Variável
Capacidade para reconhecer distúrbios específicos de doença mental	1 a 8	8/32	Quantitativa Contínua
Conhecimento sobre as formas de procurar informação sobre saúde mental	16 a 19	4/20	
Conhecimento sobre causas e fatores de risco	9 e 10	2/8	
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	14, 15	2/8	
Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível	11 a 13	3/12	
Atitudes que promovem reconhecimento e autoajuda apropriada	20 a 35	16/80	

Tabela 11: Operacionalização das variáveis incluídas no HMLS.

Conforme mencionado no final do subcapítulo anterior referente às equivalências conceptual e linguística, o instrumento obtido após submissão ao painel de perito e respetiva análise, foi enviado ao Sr. Matt O'Conner, detentor dos direitos de autor do HMLS; solicitou-se também que comparasse a versão obtida ao instrumento original, por forma, a avaliar a sua equivalência. De acordo com a resposta deste autor, no que concerne às equivalências entre a RV12 e a versão original, considera-a adequada. Salienta ainda o facto que as frases relativas à expressão fase a transtornos mentais no instrumento original optaram pela expressão “*to what extent do you think it is likely*” para evitar que os inquiridos não se sentissem obrigados a dizer se uma pessoa tinha ou não um distúrbio/transtorno mental (Anexo 8).

## PRÉ-TESTE

O pré-teste é entendido como a *medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. Também, ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala* (Fortin, 2009b, pp. 373).

Este foi sugerido como última etapa do processo de adaptação Intercultural da Escala *Health Mental Literacy Scale*. No entanto, devido à limitação temporal para entrega do presente relatório e o escasso tempo disponível para colheita de dados juntos dos estudantes da licenciatura em enfermagem, não se procedeu à sua realização.

Os objetivos para esta etapa englobam: avaliar a aceitabilidade e compreensibilidade da versão preliminar do HMLS; avaliar a capacidade de os itens desta versão representarem o fenómeno em estudo e analisar a existência de não respostas às questões desta.

O pré-teste tem por objetivo analisar e avaliar a percepção dos inquiridos na versão preliminar do instrumento, no que diz respeito à compreensão e clareza dos itens que o compõem, e com estes dados proceder a uma avaliação da validade dos conteúdos do instrumento na amostra selecionada (Beaton, *et al.*, 2002; Queijo, 2002; Ciconeli, 1997, Cit. por Vilelas, 2009). Definido por Fortin (2009b, pp. 373) como a “*Medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. Também, ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala*”. Consiste na *verificação das equivalências entre as versões original e final. A partir das respostas dadas aos itens do instrumento, permite a detecção de desvios e/ou erros no processo de tradução* (Oliveira *et al.*, 2015, pp.17), o que facilita e permite a realização de ajustes linguísticos.

Este tipo de análise é importante pois no processo de adaptação intercultural tem de ser possível alcançar também uma correspondência sobre a percepção e impacto nos indivíduos que compõem a amostra (Reichenheim e Moraes 2007). Pode ser realizado de duas formas, ou por sondagem (técnica de colheita de dados, também denominada de conveniência) ou pela avaliação de indivíduos bilingues e leigos (Oliveira *et al.*, 2015).

Durante esta fase todos os itens do instrumento que suscitem dúvidas, seja por questões de conteúdo ou semânticas, devem ser reanalisadas pelo painel de peritos para eventuais alterações ou readaptações, sendo que no caso de haver mais de 15% dos indivíduos com dúvidas os referidos itens devem ser revistas pelos peritos e reaplicadas novamente noutras pessoas, de acordo com o definido por Ciconelli *et al.* (1999, Cit. por Vilelas, 2009).

O número de indivíduos que compõem a amostra é algo que não reúne consenso dos diversos autores, se por um lado temos autores de defendem uma amostra entre 30 a 40 pessoas representante do público alvo (Beaton *et al.* 2000), por outro lado temos outros autores a defenderem que uma amostra entre 10 a 20 pessoas (Gil (1999, Cit. por Vilelas, 2009)) ou uma amostra de 10 a 30 pessoas (Fortin 2009a) é suficiente.

Se por um lado a quantidade da amostra é algo não consensual, como foi referido anteriormente, já a qualidade da mesma é mais consensual uma vez que de acordo com Vilelas (2009) a amostra é apropriada à questão em estudo quando os elementos que a constituem são capazes de fornecer dados, considerados válidos, até se atingir, o denominado, ponto de saturação, que ocorre quando os dados obtidos da amostra começam a ser redundantes. De acordo com o autor, em estudos qualitativos, com grupos homogêneos tal facto ocorre entre os 15 e os 20 entrevistados.

Para efetuar o pré-teste procedeu-se à criação de uma amostra representativa do público alvo ao qual o instrumento se destina, nesse sentido, e seguindo os mesmos passos do autor original, selecionamos a população alvo tendo em conta os mesmos critérios de elegibilidade originais, aspeto fundamental na validação de instrumentos de medida.

Tendo como público alvo os estudantes da licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto a amostra é constituída por estudantes que



voluntariamente colaborem com o estudo, inscritos na licenciatura em enfermagem e frequentem as aulas, uma vez que se opta pela aplicação do questionário em papel.

De acordo com Costa (2009, pp. 390) a amostra de conveniência (casual ou conveniente), usada nesta etapa, *é útil para a pesquisa exploratória, para o (...) pesquisador obter uma sensação “do que se passa lá fora” e para pre-testar questionários para assegurar que os itens que nele estão contidos não são ambíguos e nem muito “ameaçadores”*. Trata-se de uma técnica de amostragem não probabilística, em que *os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso* (Fortin, 2009b, pp. 208).

Para Vilelas (2009) poderá ter como desvantagem o facto de muitos indivíduos apresentarem uma atitude irresponsável perante os questionários. *Todavia, se feita criteriosamente, pode fornecer interessantes indícios a respeito do fenómeno em estudo* (Pardal et al., 2011, pp.62); ausência de contacto com o investigador diminui a suscetível de provocar enviesamentos de desejabilidade social; permite que sejam incluídos um número considerável de indivíduos na amostra em pouco tempo (Blais et al., 2003).

Para dar continuidade a esta etapa e avaliar a validade de conteúdo da versão preliminar do instrumento houve a necessidade de elaborar um questionário, para efetuar a recolha de dados. Este foi estruturado em três partes: na primeira, para recolha de dados sociodemográficos; na segunda, recolha de dados relativos à saúde mental positiva; na terceira, remeteu-se à versão preliminar da versão preliminar adaptada do HMLS.

O questionário de saúde mental positiva, será usada como validade de critério. *A validade de critério é também chamada de preditiva ou concorrente e refere-se ao grau de correlação entre os escores de um teste e outras medidas do desempenho (critério) obtidas independentemente ou simultaneamente ao teste. Quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se de validade concorrente; quando o critério é avaliado no futuro, fala-se de validade preditiva. A validade de critério é estimada estatisticamente e, se a correlação entre os escores do teste (X) e os escores da variável critério (Y) é alta, diz-se que o teste é válido para o fim a que se destina* (Raymundo, 2009, pp. 87,88).

Deste modo o pré-teste foi efetuado, com a presença do investigador, no dia um de junho, com alunos do primeiro ano da licenciatura, no final da aula (N= 41). A presença do investigador durante este momento permitiu ter uma melhor perceção das dificuldades demonstradas pelos inquiridos no preenchimento do instrumento.

Dos 41 questionários apenas foram considerados 38, a exclusão de três deles deveu-se ao não preenchimento da totalidade do instrumento. Obteve-se desse modo uma taxa de resposta de 92.68%. No que concerne ao sexo, 89.5% eram do sexo feminino (34 indivíduos) e 10.5% do sexo masculino (4 indivíduos). Em relação, à idade maioritariamente tinham 18 (47.4% das observações) ou 19 anos (47.4% das observações). Os restantes indivíduos tinham entre 34 a 36 anos. Na generalidade eram solteiros (94.7% das observações). Sendo que 63.8% (14 observações) se encontrava deslocado da residência habitual e, 23.7% (9 indivíduos) encontravam-se a mais de 10Km da faculdade. Sendo que a maioria (28.9%/11 observações) demorava menos de trinta minutos a deslocar-se até à faculdade. Observou-se

que 68.4% (26 observações) partilhava a casa com familiares. Em 78.9% (30 observações) verifica-se que estavam matriculados na primeira opção de ingresso no ensino superior. Sendo que nenhum dos elementos da amostra tinham disciplinas atrasadas. No entanto, em 21.1% das situações (8 indivíduos) sentiam-se pressionados pela obtenção de bom rendimento escolar. Dos 7.9 % que conjugam estudos e trabalho, a maioria, 5.3% da amostra trabalham mais de trinta e três horas semanais.

O preenchimento do instrumento decorreu durante 20 minutos. Esta duração foi superior à esperada, o que poderá ser justificado pela dificuldade em garantir um ambiente calmo e sossegado de trabalho que facilitasse o preenchimento individual, impedindo a partilha de informação entre os inquiridos.

No que concerne ao cariz conceptual deste instrumento apenas foi levantada uma questão relativa à ao item 5 “Na sua opinião a Distímia é considerada um transtorno mental?”. o estudante que levantou a questão, desconhecia o significado de “distímia”, o que foi devidamente explicado. Sendo que a resposta dada percebida pelo estudante e desse modo o significado do item. Tendo sido solicitado aos estudantes que não respondessem às questões em que não compreendessem o significado das palavras/expressões destacadas a negrito, referentes a alterações ao nível da saúde mental.

Visto que não foi colocada mais nenhuma questão, optou-se por questionar aquando da recolha do instrumento preenchido se tinham tido dificuldade em relação às questões deste. A resposta foi negativa, pelo que não se procedeu a modificações na versão submetida a pré-teste. No final foi avaliado o  $\alpha$  de Cronbach, obtendo-se 0.84, o que indica forte consistência interna.

Pondera-se que até ao momento e, ao longo deste subcapítulo, referente à adaptação intercultural do HMLS, se apresentaram os procedimentos realizados e as justificações acerca das opções tomadas, de acordo com as abordagens teóricas e propostas processuais recomendadas na literatura. Conjugou-se o melhor possível a componente de tradução literal do instrumento original com um processo minucioso de sintonização, contemplando o contexto cultural e estilo de vida da população alvo da versão a adaptar.

## **5.5. Recolha e Análise de Dados**

Após a autorização da comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi contactado o coordenador do curso de licenciatura em enfermagem, por forma a acordar a estratégia para proceder a esta etapa sem comprometer o normal funcionamento das atividades letivas destes alunos. Deste modo, a recolha de dados teve a duração de duas semanas, e decorreu entre o dia quatro de junho e o dia dezoito de junho, sendo que as

avaliações foram efetuadas antes ou após as atividades letivas, na sala de aula onde os estudantes se encontravam.

O instrumento de recolha de dados foi disponibilizado em papel sem grelha de preenchimento com leitura de dados (Anexo 10). Assim, para a análise de dados foi necessário proceder à criação de uma base de dados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na sua versão 23.0, e seguidamente ao registo e edição dos dados recolhidos nessa mesma base de dados. Para facilitar a localização na base de dados os questionários foram codificados numericamente de acordo com a ordem de introdução dos dados.

Finalizada a introdução de dados, procedeu-se à análise descrita e inferencial destes através do SPSS. Com a análise descritiva pretende-se resumir os dados através de medidas de tendência central e de dispersão. Já com a inferencial tem-se por finalidade a aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos para testar a possibilidade de generalização dos resultados ao conjunto da população.

## 5.6. Considerações éticas

*A ética remete-se ao que o estudante/pesquisador visualiza e como o faz (...) é passível de ser julgado como positivo ou negativo para os indivíduos (...) que foram sujeitos da acção pesquisadora e para o meio onde estes se inserem, a comunidade onde vivem, o grupo social do qual fazem parte* (Lundin, 2016, pp. 407) e *qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas* (Fortin, 2009b, pp.113). Fortin (2009) remete-nos cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos determinados pelos códigos de ética: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; direito a um tratamento justo e equitativo.

Assim, para garantir o cumprimento destes princípios éticos inerentes ao processo de investigação, foram realizados os seguintes passos:

- Solicitar a autorização aos investigadores que procederam à adaptação e validação do QSM+ para a população portuguesa, para utilizar o instrumento na presente investigação.
- Solicitar a autorização aos autores da HMLS para proceder à adaptação linguística e conceptual da HMLS para a população portuguesa, com a finalidade de a usar neste estudo.
- Efetuar o pedido à comissão ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto para prosseguir com o presente projeto, e efetuar a recolha de dados junto dos estudantes da licenciatura em enfermagem (Anexo 9).

- Garantir o direito à autonomia dos participantes esclarecendo de forma clara antes do questionário que a decisão sobre o seu preenchimento/ou não preenchimento resulta da decisão individual do inquirido (painel de peritos, alunos de enfermagem, retroversores e tradutores). Sendo-lhe fornecida informação sumária acerca do projeto e da sua finalidade, munindo-o dessa forma de informações que fundamentem a sua tomada de decisão.
- Garantir que em nenhum momento o inquirido terá de disponibilizar dados que inviabilizem o seu anonimato. O acesso aos dados caberá apenas ao investigador.

Para garantir o rigoroso cumprimento dos dois últimos aspetos foi elaborada um documento, o Consentimento Livre e Esclarecido, que antecede o questionário. Este documento: *para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida (...). é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais. Para que (...) seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação (...) que (...) permite aos participantes avaliar as consequências da sua participação. Obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta de investigação* (Fortin, 2009b, pp.120).

De acordo com estes pressupostos expostos, este documento visa assegurar:

- O direito à confidencialidade e ao anonimato. Deste modo, não foi solicitada a identidade do participante. Apesar de o questionário se fazer acompanhar deste documento, aquando da sua receção estes foram separados e guardados separadamente (não permitindo a posterior associação entre o questionário e este documento). Procedendo-se à codificação dos dados pelo investigador. Este guardo-os em lugar seguro, assegurando-se de que é a única pessoa com acesso aos mesmos.
- O direito à intimidade. Os participantes foram esclarecidos sobre a sua liberdade em decidir fornecer a informação solicitada no questionário e, informados dos objetivos do estudo aquando da aplicação do instrumento. Os dados foram assim, obtidos com o consentimento dos participantes.
- O direito ao tratamento justo e equitativo. Os participantes foram informados sobre a natureza, finalidade e duração da investigação, e acerca dos métodos utilizados. Os participantes foram tratados equitativamente, podendo a qualquer momento pedir mais informações e interromper o preenchimento do questionário.
- O direito à autodeterminação. Os participantes foram informados que a escolha de participarem ou não participarem no estudo seria voluntária e que eram livres de se retirarem em qualquer momento do estudo, sem que daí adviesse prejuízo e sem o dever de justificarem a sua decisão.

- O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo. Os participantes foram informados que não corriam o risco de incorrer inconvenientes suscetíveis de lhes causarem mal ou prejudicarem.

Todos os participantes do estudo (tradutores, retroversores, elementos do painel de peritos e alunos) manifestaram o seu consentimento com a investigação por meio de assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, julga-se que os cinco princípios éticos supramencionados foram consumados no presente estudo.



### III. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos e a respetiva análise, pressupondo que o *plano de investigação, elaborado na fase precedente é posto em execução* (Fortin, 2009b, pp. 41). *É o momento do estabelecimento de relações - entre dados empíricos recolhidos, entre dados empíricos e informação teórica, entre informação empírica obtida no estudo e outra sistematizada em estudos feitos e divulgados -, conducentes ao aprofundamento da temática abordada* (Pardal et al., 2011, 110). Compreende as seguintes etapas: colher e analisar os dados, interpretar e comunicar os resultados (Fortin, 2009b).

Deste modo, primariamente faz-se a análise do processo de adaptação intercultural do HMLS (alcance das equivalências conceptual e linguística entre a versão portuguesa da HMLS e a original; e, da análise da respetiva validação ao nível do seu conteúdo), segue-se a análise da aplicação conjunta a uma amostra maior do questionário final, composto por três partes: caracterização sociodemográfica, QSM+ e HMLS.

## 6. ANÁLISE DESCRITIVA

A amostra foi constituída por alunos da licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com matrícula ativa no ano letivo 2017/2018, que de livre vontade aceitaram colaborar no estudo e responder ao questionário. Este foi preenchido em contexto de sala de aula. A análise de dados foi efetuada com recurso a um programa informático, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.

### 6.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra foi constituída por 447 indivíduos que frequentam a licenciatura em enfermagem, os quais maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 85,5% dos indivíduos da amostra (382 pessoas). Sendo que 14,5% eram do sexo masculino (65 pessoas).

No que concerne à distribuição da amostra de acordo com o ano de frequência do curso de licenciatura, verificou-se que: 142 indivíduos (31.8%) frequentam o primeiro ano;

93 indivíduos (20.8%) frequentam o segundo ano, valor igual à frequência do terceiro ano do curso; e, 119 indivíduos (26.6%) frequentam o quarto ano do curso de licenciatura.

Nos indivíduos do sexo feminino observa-se que 31.68% frequentam o primeiro ano, 19.90% o segundo ano, 21.72% o terceiro ano e 26.7% o quarto ano. Já no caso do sexo masculino, 32.31% frequentam o primeiro ano, 26.15% o segundo ano, 15.39% o terceiro ano e, 26.15% o quarto ano.

No que se refere à idade, verificou-se que a idade média dos alunos que integraram a amostra em estudo era de 24 anos, com uma idade mínima de 17 anos e máxima de 41 anos de idades. Verificou-se ainda um desvio padrão na ordem dos 2.931 anos.

Na tabela 12, pode-se observar a distribuição da amostra de acordo com o grupo etário e ano da licenciatura que frequentam (encontram-se dois casos omissos relativos aos dois alunos com idade inferior a dezoito anos). De constatar que na amostra:

- ✎ os alunos com 17 e 18 anos de idade frequentam apenas o primeiro ano do curso, perfazendo 14% do total de alunos;
- ✎ os alunos **com 19 anos (22%)**, frequentam maioritariamente o primeiro (64%) e segundo (36%) ano do curso;
- ✎ os alunos **com 20 anos (20%)**, frequentam o primeiro (8%), segundo (48%) e terceiro (44%) ano da licenciatura;
- ✎ os alunos **com 21 anos (22%)**, frequentam o primeiro (4%), segundo (7%), terceiro (39%) e quarto (50%) anos da licenciatura;
- ✎ os alunos **com 22 anos (13%)**, frequentam o segundo (3%), terceiro (12%) e quarto (85%) anos da licenciatura;
- ✎ os restantes alunos com idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos de idade (9%), frequentam o primeiro (14%), segundo (14%), terceiro (22%) e quarto (50%) anos da licenciatura.

		Grupo Etário								Total
		18-20	21-23	24-26	27-29	30-32	33-35	36-38	39-41	
Ano da Licenciatura	1	130	4	2	1	1	1	1	0	140
	2	78	11	2	0	0	0	1	1	93
	3	39	47	2	1	2	0	1	1	93
	4	0	111	4	1	1	1	1	0	119
Total		247	173	10	3	4	2	4	2	445

Tabela 12: Distribuição dos indivíduos que compõe a amostra por grupo etário e ano de licenciatura.

No que concerne ao estado civil, verifica-se o predomínio de pessoas solteiras, correspondendo a 97.5% da amostra (436 pessoas) com idade entre os 17 e 39 anos. Os indivíduos casados representam 2.2% da amostra (10 pessoas), com idade entre os 23 e os 36 anos, e os divorciados 0.2% da amostra (1 pessoa), com 41 anos.

Quanto à residência habitual, 30.6% (134 pessoas) encontram-se deslocados da residência habitual para poderem frequentar o curso, sendo a maioria alunos do primeiro e



do quarto anos (31.3% da amostra). Os restantes alunos do segundo e terceiros anos representam 18.7% e 19.4% dos casos, respetivamente.

Dos alunos deslocados, 65.7% fazem mais de dez quilómetros para chegar à faculdade, destes: 65.9% demora menos de trinta minutos a chegar, os restantes demoram entre mais de trinta minutos (17%) e uma hora (11.4%), até mais de uma hora a chegar (5.7%). Os restantes 34.3% fazem menos de dez quilómetros para chegar à faculdade, destes: 80.4% demora menos de trinta minutos a chegar, os restantes demoram entre mais de trinta minutos (15.2%) e uma hora (4.3%).

Na amostra, 328 indivíduos partilha a casa com os familiares (73.4%), sendo que 24.4% partilha a casa com colegas e 2.2% vive sozinho. Os indivíduos que vivem sozinhos são solteiros, têm entre 18 e 24 anos de idade e sete deles encontram-se deslocados da residência habitual; os que partilham casa com colegas são solteiros e têm entre 17 e 24 anos de idade, destes 107 estão deslocados da residência habitual; dos indivíduos que partilham a casa com familiares, 20 deles encontram-se deslocados da residência habitual.

A maioria dos alunos não tem disciplinas atrasadas, apenas 11.4% (51 indivíduos) têm disciplinas atrasadas. Estes 51 indivíduos têm idades entre os 18 e 22 anos de idade; e, um vive sozinho, cinco partilham casa com colegas e 45 vivem com familiares.

Em relação a sentirem pressão pelo rendimento escolar, 24.4% (109 pessoas) referem sentir pressionados, destes: 29 são do sexo feminino e 20 do sexo masculino; correspondem a 24.8% dos indivíduos solteiros e a 33.5% dos indivíduos deslocados da residência habitual; a maioria têm entre 18 e 23 anos de idade (47.9%) e 81 deles vivem com familiares; 30.3% estão no primeiro ano da licenciatura, 23.7% no segundo ano da licenciatura, 22.6 % no terceiro ano da licenciatura e, 19.3% no quarto ano da licenciatura; 92 deles estão no curso de primeira opção; e, 14 deles têm disciplinas atrasadas.

No que concerne às horas semanais destinadas a lazer social, a maioria dos indivíduos refere despende até treze horas semanais para essa finalidade: 40.7% despendem menos de oito horas, 23.5% despende de 8 a 10 horas semanais para lazer, 20.4% despende entre 11 a 13 horas, 9.6% entre 14 a 16 horas semanais e 5.8% despendem de mais de 16 horas por semana para atividades de lazer e sociais.

Dos que despendem menos de oito horas semanais para atividades de lazer e sociais: 173 são solteiros, 8 são casados e 1 é divorciado; 126 vivem com a família (69.2%), 50 partilham a casa com colegas (27.5%) e, 6 vivem sozinhos (3.3%); a maioria, 82.4%, referem que estão no curso de licenciatura de primeira opção; ainda no que concerne a este grupo, 159 indivíduos (87.4%) não tem disciplinas atrasadas.

Verificou-se que 18.1% da amostra (81 pessoas) conjugam trabalho e estudos em simultâneo: 53 trabalham menos de dezasseis horas semanais, 12 trabalham entre 17 a 22 horas semanais, 5 trabalham entre 23 a 27 horas semanais, e 11 trabalham mais de 28 horas semanais. Destes, 14 estão no primeiro ano da licenciatura, 16 estão no segundo ano da licenciatura, 23 estão no terceiro ano da licenciatura e 28 estão no quarto ano da licenciatura.

A maioria dos indivíduos da amostra que conjuga trabalho com estudos não se sente pressionado para obter bom rendimento escolar. No entanto, que trabalham menos horas semanais (menos de 17 horas) são os que se sentem mais pressionados para obtenção de bom rendimento escolar (14, 8% dos indivíduos que trabalham).

Em suma, a amostra de 447 indivíduos do curso de licenciatura, é composta maioritariamente por jovens solteiros (97.5%), do sexo feminino (85.5%) e a frequentarem o primeiro ano do referido curso (31.8%). A idade média da amostra em estudo era de 24 anos, com desvio padrão na ordem dos 2.931 anos. Sendo a distribuição de idades por ano do curso de licenciatura heterogénea, no entanto, os alunos do primeiro ano, tem maioritariamente, idade inferior a 22 anos. Dos alunos deslocados (30.6%), 65.7% fazem mais de dez quilómetros para chegar à faculdade (destes, 65.9% demora menos de trinta minutos a chegar) e 73.4% partilham a casa com os familiares (73.4%). Apenas 11.4% (51 indivíduos) têm disciplinas atrasadas. Aproximadamente, um quarto da amostra (24.4%), diz sentir-se pressionada pelo rendimento escolar. No que concerne às horas semanais destinadas a lazer social, a maioria dos indivíduos refere despende até treze horas semanais para essa finalidade, sendo que, 40.7% despendem menos de oito horas. Verificou-se que 18.1% da amostra (81 pessoas) conjugam trabalho e estudos em simultâneo, sendo que a maioria, 65.4% destes, trabalham menos de dezassete horas semanais. A maioria dos indivíduos da amostra que conjuga trabalho com estudos não se sente pressionado para obter bom rendimento escolar. No entanto, que trabalham menos horas semanais (menos de 17 horas) são os que se sentem mais pressionados para obtenção de bom rendimento escolar (14, 8% dos indivíduos que trabalham).

## **6.2. Questionário Saúde Mental Positiva**

Para o cálculo da variável Saúde Mental Positiva, procedeu-se à criação de uma variável no programa SPSS que compreende o valor obtido do somatório da pontuação das respostas aos itens do QSM+. De acordo com o QSM+, os valores de SM+ variam entre 39 (mínimo) e 156 (máximo), considerando-se que quanto maior o valor obtido no QSM+ menor será o nível de SM+.

Em média a pontuação obtida no QSM+ foi de 66.66 pontos, com um mínimo de 40 pontos e um máximo de 124 pontos, a mediana é de 65 pontos, a moda de 60 pontos e o desvio padrão foi de 12.791 pontos.

Na tabela 18, observa-se que 84.1% da amostra apresentam níveis altos ou estado completos ou *flourishing* de SMP (termo usado no modelo de saúde mental completa proposto por Keyes e Lopez, 2002).

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Níveis de SM+	Flourishing (39-78 pontos)	376	84,1	84,1	84,1
	Intermédio (79-117 pontos)	70	15,7	15,7	99,8
	Languising (118-156 pontos)	1	,2	,2	100,0
	Total	447	100,0	100,0	

Tabela 13: Níveis de SM+.

No **fator 1, satisfação pessoal**, a média é de 12.77 pontos, com um mínimo de 8 pontos e um máximo de 29 pontos, a mediana de 12 pontos, a moda de 10 pontos e o desvio padrão de 3.912 pontos. No **fator 2, atitude pró-social**, a média é de 4.20 pontos, com um mínimo de 3 pontos e um máximo de 8 pontos, quer a mediana como a moda são de 4 pontos e o desvio padrão de 1.101 pontos. No **fator 3, autocontrolo**, a média é de 10.72 pontos, com um mínimo de 5 pontos e um máximo de 20 pontos, quer a mediana como a moda são de 10 pontos e o desvio padrão é de 2.898 pontos. No **fator 4, autonomia**, a média é de 11.08 pontos, com um mínimo de 6 pontos e um máximo de 23 pontos, quer a mediana como a moda são de 11 pontos e o desvio padrão de 2.936 pontos. No **fator 5, resolução de problemas e realização pessoal**, a média é de 19.31 pontos, com um mínimo de 12 pontos e um máximo de 34 pontos, a mediana é de 19 pontos, a moda de 18 pontos e o desvio padrão de 4.351 pontos. No **fator 6, habilidades de relação interpessoal**, a média é de 8.57 pontos, com um mínimo de 5 pontos e um máximo de 29 pontos, quer a mediana como a moda são de 8 pontos e o desvio padrão de 2.411 pontos.

De acordo com a análise descritiva apresentada na tabela 1 (no anexo 15), verifica-se que os valores de média dos fatores do QSM+ se apresentam mais próximos do limite inferior, indicando resultados positivos ao nível da SM+ da amostra. Ao observar as médias nos diferentes fatores constata-se que é no segundo fator, atitude pró-social, que a amostra obtém resultados mais positivos de SM+. Já no fator cinco, apresenta níveis inferiores aos restantes fatores do QSM+. Pode também observar-se o limite superior dos fatores não foi atingido em quatro dos fatores do QSM+ (satisfação pessoal, atitude pró-social, autonomia e resolução de problemas e realização pessoal), o que constitui um aspeto a considerar na caracterização da SM+ da amostra.

Na incidência de resposta nos diferentes itens das questões do fator 1, “**Satisfação pessoal**” (tabela 2 do anexo 15), verifica-se que as respostas são maioritariamente positivas. Contudo, nos itens “Gosto de mim como sou” e “Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico” a resposta mais prevalente não é predominantemente positiva; no primeiro a resposta mais prevalente é “Na maioria das Vezes (41.4%)”, no segundo, a resposta mais prevalente é “Algumas Vezes” (42.3%).

No fator 2, “**Atitude pró-social**” (tabela 3 do anexo 15), pode se constatar que para os três itens (“Para mim é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das

minhas”; “Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas”; “Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros”) do fator 2, atitude pró-social, as respostas foram maioritariamente positivas (53.5%, 87.2% e 55.7%, respetivamente).

No fator 3, “**Autocontrolo**” (tabela 4 do anexo 15), apenas o item de resposta 2 é formulado positivamente. Verifica-se que os itens de resposta 5, 22, 26 (“Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas”; “Sou capaz de manter um bom autocontrolo”; “Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o equilíbrio pessoal”), a resposta predominante foi “Na maioria das vezes” (49.7%, 46.8% e 52.6% respetivamente).

No fator 4, “**Autonomia**” (tabela 5 do anexo 15), verifica-se que os fatores com maior incidência de respostas positivas foram os itens: 33, “Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais”, com 72.3% a responderem “Raramente ou nunca”; e, 35, “Sou capaz de dizer não quando o quero dizer”, com 43.4% a responderem “Sempre ou quase sempre”. Nos quatro itens restantes a resposta predominante foi “Algumas vezes”, sendo o item 34, “Quando tenho de tomar decisões importantes fico muito inseguro(a)”, o que apresentou maior percentagem nesta resposta (60.6%). Também se verifica que o item 34, é o que apresenta maior percentagem de respostas negativas, 5.4% da população da amostra respondeu “Sempre ou quase sempre”.

No fator 5, “**Resolução de Problemas e Realização Pessoal**” (tabela 6 do anexo 15), verificamos que as respostas aos itens são predominantemente positivas “Sempre ou quase sempre”, nos itens 15, 16, 17, 23, 25, 32, 36 e 37; e, “na maioria das vezes” nos itens 11, 27, 28, 29. Nos itens 25 e 27, nenhum dos elementos que constitui a amostra respondeu “Raramente ou nunca”. Quando comparadas as respostas nos diferentes itens, o item 16, “Procuro retirar os aspetos positivos das coisas “más” que me acontecem”, foi o que teve respostas mais negativas, “Algumas vezes” em 26.8 % dos casos e “Raramente ou nunca” em 4.7% dos casos, num total de 141 observações.

No fator 6, “**Habilidade de Relação Interpessoal**” (tabela 7 do anexo 15), os itens 8 (“Para mim é difícil dar apoio emocional”) e 9 (“Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas”) foram os que apresentaram melhores resultados, 65.1% e 48.4% respetivamente. Em oposição, quando comparado com os restantes itens, o item 30 “Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores”, foi o que obteve a frequência mais alta de respostas negativas, sendo que tanto a opção “sempre ou quase sempre” e a opção “Na maioria das vezes”, obtiverem uma frequência de resposta igual de 39.4%.

### 6.3. Escala de Literacia em Saúde Mental

Para o cálculo da variável LSM, procedeu-se à criação de uma variável no programa SPSS que compreende o valor obtido do somatório da pontuação das respostas aos itens do HMLS. De acordo com o HMLS, os valores de Literacia em Saúde Mental variam entre 35 (mínimo) e 160 (máximo), considerando-se que quanto maior o valor obtido melhor o nível de literacia em saúde mental.

De recordar que se encontram descritos três níveis de literacia:

- Literacia Básica/funcional (Comunicação da informação), corresponde às capacidades básicas suficientes para ler e escrever de modo a ser capaz de funcionar efetivamente nas situações do dia a dia, compatível com a definição estrita de “*Health Literacy*” referida anteriormente.
- Literacia Comunicativa/interativa (Desenvolvimento de competências pessoais), corresponde às capacidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente, com as capacidades sociais podem ser usadas para participar ativamente nas atividades do dia a dia, obter informações e auferir significados de diferentes formas de comunicação, bem como aplicar as novas informações mesmo quando as circunstâncias se alteram.
- Literacia Crítica (Capacitação pessoal e da comunidade), corresponde às capacidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente, com as capacidades sociais podem ser usadas para realizar análise crítica da informação e usar essa informação para exercer um maior controlo sobre os eventos e situações da vida.

Em média a pontuação obtida no HMLS foi de 125.25 pontos, com um mínimo de 91 pontos e um máximo de 149 pontos, a mediana é de 126 pontos, a moda de 123 pontos e o desvio padrão foi de 10.07 pontos. Verificando-se na tabela 14, que 78.1% da amostra apresentam níveis altos ou estado excelentes de literacia em saúde mental.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
<b>Níveis literacia</b>	Literacia comunicativa/interativa	98	21,9	21,9	21,9
	Literacia crítica	349	78,1	78,1	100,0
	Total	447	100,0	100,0	

Tabela 14: Níveis de literacia em saúde mental.

A estatística descritiva por atributo da literacia em saúde mental contemplado no HMLS apresenta-se na tabela 15. De considerar os itens que integram cada um desses atributos. Assim, de acordo com ordem de apresentação na referida tabela, no primeiro atributo, são considerados os itens 1 a 8; no segundo, os itens, 14 e 15; no terceiro, os itens 16 a 19; no quarto, os itens 9 e 10; no quinto, os itens 11 a 13; e no sexto, os itens 20 a 35.

Verifica-se que é no último atributo, “Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis” que existe maior variância (61.71), sendo a média de 64.62 pontos e o desvio padrão de 7.86 pontos.

Pela análise descrita dos valores apresentados nesta tabela verifica-se que no segundo atributo “Conhecimento sobre estratégias de autoajuda” se aproximam mais do limite inferior o que é indicativo de baixo nível de literacia em saúde mental, nos inquiridos, no que concerne ao conhecimento de estratégias de autoajuda para melhorar a própria saúde mental, ou de baixo nível de conhecimento de estratégias para estratégias de autoajuda em situações de perturbação mental.

Nos restantes atributos da literacia em saúde mental verifica-se se encontram no ponto médio entre o limite superior/inferior definido ou mais próximos do limite superior o que indica melhores níveis de literacia em saúde mental nestes aspetos.

Atributos LSM	N	Limite inferior/ superior	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Habilidade para reconhecer transtornos mentais	447	8/32	15	32	24,67	2,94	8,66
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	447	2/8	2	7	2,87	1,02	1,05
Conhecimento sobre procura de informação	447	4/20	5	20	14,49	2,73	7,44
Conhecimento sobre fatores de risco	447	2/8	2	8	5,91	1,27	1,62
Conhecimento sobre apoio profissional disponível	447	3/12	4	12	9,57	1,47	2,17
Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis	447	16/80	35	80	64,62	7,86	61,71
N válido	447						

Tabela 15: Atributos LSM no HMLS.

No que concerne ao primeiro atributo considerado, “Habilidade para reconhecer transtornos mentais” (tabela 1 do anexo 16). as respostas são maioritariamente positivas.

Nos itens 1, 2, 3, 5, 6 a resposta mais frequente foi “provável”, com uma representatividade acima dos 50% da amostra (excetuando os itens 3 e 5 que obtiveram 46.5% e 47% respetivamente no que concerne à frequência da opção pela referida resposta). Nos itens 4, 7 e 8 a resposta mais prevalente foi “muito provável”, com uma frequência de 74.2% nos itens 4 e 7, e 51.2% no item 8.

No componente, **“Conhecimento sobre causas e fatores de risco”** (tabela 2 do anexo 16), o item 10 tem cotação inversa. Nos dois itens de resposta esta foi predominantemente “Provável” (38% e 57.5%). A resposta predominante esperada para o item de resposta 10, seria “muito pouco provável” ou “pouco provável”, uma vez que vários estudos que retratam a ansiedade entre homens e mulheres em eventos específicos do desenvolvimento humano e etapas de vida, evidenciam que na maioria das situações esta é mais frequente nas mulheres.

No componente, **“Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível”** (tabela 3 do anexo 16), acerca da literacia em saúde mental, o item 13 têm cotação inversa. No item 11 e 12 as respostas foram positivas, “provável” foi a mais frequente no item 11 (57.5%) e “Muito provável” no item 12 (60%). No entanto, como na situação anterior, em que o item tinha cotação inversa, verifica-se para o item 13 que a resposta mais frequente (45.4%) foi “muito provável” quando se esperava que a resposta mais prevalente fosse “muito pouco provável” ou “pouco provável”.

No componente **“Conhecimento sobre estratégias de autoajuda”** (tabela 4 do anexo 16), o item 15 tem cotação inversa. Verifica-se que comparativamente às situações anteriores em que nos itens com cotação inversa não se obteve a resposta esperada, neste componente da LSM o mesmo não se verifica. Assim no item de resposta 15 a resposta mais prevalente foi “muito inútil” (21.9% das observações) ou “inútil” (33.8%).

No componente **“Conhecimento sobre as formas de procurar informação sobre saúde mental”** (tabela 5 do anexo 16), verifica-se que a resposta mais prevalente para os quatro itens foi de concordância (“concordo”). No entanto, numa observação mais atenta da prevalência de respostas no item 18, “Considero que numa consulta presencial com o médico de família (ou de clínica geral), obtenho informações sobre doença mental” verifica-se que a prevalência de respostas mais altas se distribui nas respostas “discordo totalmente”, “discordo” e, “nem concordo nem discordo”; resultando num total de 258 observações o que representa 57.7% do total.

No componente **“Atitudes que promovem reconhecimento e autoajuda apropriada”** serão primariamente analisados os itens com cotação inversa (tabela 6 do anexo 16), e seguidamente os restantes (tabela 7 do anexo 16). Assim, nos itens com cotação inversa relacionados com atitudes e pensamentos estigmatizantes face à saúde mental, verifica-se que a prevalência de resposta na quase totalidade dos itens foi “concordo totalmente”. Excetua-se o item 20 que apresenta a resposta “concordo” com a mais prevalente (40.7%) dos casos.

Nos restantes itens deste componente (29 a 35), verifica-se que as respostas mais prevalentes oscilam entre “Indiferente” e “Provavelmente com vontade”. Sendo que mais de 50% das respostas destes itens se distribuem ao longo das opções de resposta “indiferente”, “Provavelmente com vontade” e “Definitivamente com vontade”. Destacamos os itens 29, 33, 34 e 35 e, que a opção de resposta mais prevalente foi “indiferente” face ao enunciado desses itens, “Estaria disposto a mudar-se para um local em que um vizinho tivesse uma doença mental?”, “Aceitaria que alguém com uma doença mental se casasse com um familiar seu?”, “Votaria num político se soubesse que ele teve uma doença mental?” e “Empregava alguém se soubesse que tem uma doença mental?”.

#### **6.4. Análise Inferencial**

A análise inferencial permite estabelecer relações/associações entre as variáveis estudadas numa amostra através do uso de teste paramétricos ou não paramétricos, de forma a permitir a generalização para a população em geral (Fortin, 2009c).

Para a utilização de testes paramétricos devem-se verificar as seguintes condições: a variável dependente ser intervalar e possuir distribuição normal, a amostra ser constituída por mais de trinta participantes. Deste modo avaliou-se a normalidade da SMP com recurso ao teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e ao teste de Shapiro-Wilk, verificando-se nas duas situações que o valor de probabilidade, representado por “p” foi inferior a 0.05 ( $p=0.001$  para o teste de Kolmogorov-Smirnov e  $p=0.000$  para o teste de Shapiro-Wilk).

Segundo o valor de “p”, será possível identificar se a diferença estatística é significativa ( $p=0,05-0,01$ ), muito significativa ( $p=0,01-0,001$ ) ou extremamente significativa ( $p<0,001$ ).

Assim, optou-se pela utilização de testes não paramétricos para a análise das diferenças nas variáveis de SMP e respetivos fatores: testes de Mann-Whitney (U) e Kruskal Wallis (H). Para as variáveis nominais optou-se pela utilização do Teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ).

##### **6.4.1. Saúde Mental Positiva**

Procedeu-se à análise da possibilidade de existência de diferenças significativas na SMP e nos seus fatores segundo o sexo dos participantes, com recurso ao teste de Mann-Whitney. Na associação da SMP com a idade, não se verificam diferenças significativas.

Obtiveram-se diferenças estatísticas significativas no fator autocontrolo ( $U=9870.5$ ;  $p<0.05$ ) quando comparadas com o sexo (tabela 1 do anexo 17). Ao comparar as médias nesta



variável entre o sexo feminino e masculino, verifica-se que é no sexo masculino obteve valores superiores ao do sexo masculino neste fator ( $x=9.77$ ).

Ao analisar a presença de diferenças estatísticas significativas entre a SMP e o facto de estar deslocado, verifica-se através do teste de Mann-Whitney que estas não se encontram diferenças com significância estatística (tabela 2 do anexo 17).

Não havendo diferença estatística significativa na associação com a distância para chegar à faculdade (tabela 3 do anexo 17). No entanto, estas existem na associação com o tempo necessário para percorrer a distância entre a habitação e a faculdade, no fator 5 ( $H=10.800$ ;  $p<0.05$ ). Na análise da média verificamos em relação a este fator que são os que precisam de uma hora para chegar à faculdade que possuem melhores níveis de SMP.

Seguidamente, estudaram-se as diferenças na SMP e o ano da licenciatura frequentado, com recurso ao teste de Kruskal Wallis (tabela 4 do anexo 17). De acordo com valor de  $p<0.05$ , identificam-se diferenças com significância estatística na SMP ( $H=9.786$ ;  $p<0.05$ ) e nos fatores 5 ( $H=13.238$ ;  $p<0.01$ ) e 6 ( $H=15.978$ ;  $p=0.001$ ). É possível verificar que são os alunos do terceiro ano da licenciatura que apresentam melhores níveis de SMP, quando comparados com os alunos de outros anos. O mesmo verifica-se ao nível do fator 1, 5 e 6.

Ao analisar a SMP e o estado civil, percebe-se que são os divorciados que obtêm melhores resultados ao nível de SMP (tabela 5 do anexo 17). No entanto os solteiros destacam-se por obterem melhores resultados ao nível do fator 1 (“satisfação pessoal”) e do fator 6 (“habilidades de relacionamento interpessoal”).

No que concerne à SMP e com quem os alunos partilham casa (tabela 6 do anexo 17) não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, pode-se verificar, pela comparação das médias, que são os alunos que vivem com a família são os que têm melhores níveis de SMP ( $H=1.417$ ;  $p>0.05$ ).

Ao analisar a relação entre a SMP e as horas destinadas a socializar/lazer (tabela 7 do anexo 17), verificam-se a existência de associação entre estas com significância estatística na SMP ( $H=12.145$ ;  $p<0.05$ ), e nos fatores 3 ( $U=11.130$ ;  $p<0.05$ ) e 4 ( $H=18.708$ ;  $p=0.001$ ). Na análise das médias, verifica-se que os alunos que despendem entre onze a treze horas semanais para atividade de lazer e socializar, obtiveram melhores níveis de SMP e no fator 3. Os que referem destinar de catorze a dezasseis horas semanais para atividades de lazer e socializar, obtiveram melhores resultados no fator 4. No que se remete à associação entre a SMP e o facto de o curso onde está inscrito o aluno ser a sua primeira opção de ingresso no ensino superior não se verificam diferenças com significância estatística. Não se verificam diferenças estatísticas significativas na associação desta com o facto de ter disciplinas atrasadas.

No que concerne a sentir-se pressionado em relação ao rendimento escolar (tabela 8 do anexo 17), verificam-se diferenças estatísticas ao nível de quase todos os fatores da SMP, excetuando-se o fator 3. No entanto, são os alunos que não se sentem pressionados que apresentam melhores níveis de SMP e melhores resultados ao nível fatorial.

Ao analisar a SMP e a conjugação de trabalho com os estudos (tabela 9 do anexo 17), observam-se diferenças estatísticas no fator 3, autocontrolo ( $U=12421.5$ ;  $p<0.05$ ), sendo que ao comparar as médias ( $x=10.10$ ), percebe-se que são os que trabalham e estudam em simultâneo que obtêm melhores resultados ao nível de SMP.

Por último, ao analisar o número de horas de trabalho por semana, em conjugação com os estudos, não se encontram diferenças com significância estatística.

#### **6.4.2. Literacia em Saúde Mental**

Procedeu-se à análise da possibilidade de existência de diferenças significativas na LSM e nos seus componentes segundo o sexo dos participantes, com recurso ao teste de Mann-Whitney (tabela 1 do anexo 18). Na associação da LSM com a idade, não se verificam diferenças significativas.

Obtiveram-se diferenças estatísticas significativas na quase totalidade dos aspetos analisados. Ao comparar as médias, verifica-se que em relação: à literacia em saúde mental ( $U=8370.5$ ;  $p<0.001$ ); ao reconhecimento de transtornos mentais ( $U=9456$ ;  $p<0.01$ ); ao conhecimento sobre fatores de risco ( $U=8262$ ;  $p<0.001$ ); às atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis ( $U=9098$ ;  $p=0.001$ ).

Ao analisar a presença de diferenças estatísticas significativas entre a LSM e o facto de estar deslocado (tabela 2 do anexo 18), verifica-se através do teste de Mann-Whitney que existem diferenças com significância estatística, na componente de Reconhecimento de transtornos mentais ( $U=18447$ ;  $p<0.05$ ), sendo no sexo feminino que se obtêm melhores resultados. No entanto, na associação com a distância percorrida para chegar à faculdade e o tempo necessário para percorrer esse percurso, não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Seguidamente, estudaram-se as diferenças na LSM e o ano da licenciatura frequentado, com recurso ao teste de Kruskal Wallis (tabela 3 do anexo 18).

De acordo com valor de  $p<0.05$ , identificam-se diferenças com significância estatística na LSM ( $H=10.964$ ;  $p<0.05$ ) e nos componentes: Reconhecimento de transtornos mentais ( $U=14.334$ ;  $p<0.01$ ), Conhecimento sobre procura de informação ( $U=9.858$ ;  $p<0.05$ ); Conhecimento sobre fatores de risco ( $U=25.283$ ;  $p=0.000$ ); Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis ( $U=12.263$ ;  $p<0.01$ ).

É possível verificar que são os alunos do terceiro ano da licenciatura que apresentam melhores níveis de LSM, quando comparados com os alunos de outros anos. O mesmo verifica-se ao nível do Conhecimento sobre procura de informação. Em relação aos componentes: Reconhecimento de transtornos mentais e Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis, são os alunos do segundo ano que

apresentam melhores resultados; Conhecimento sobre fatores de risco, são os alunos do terceiro ano que obtém melhores resultados.

Ao analisar a relação da LSM com o estado civil e com quem os alunos partilham, percebe-se que não existem diferenças estatísticas significativas. Ao analisar a relação entre a LSM e as horas destinadas a socializar/lazer, verificam-se a existência de associação entre estas com significância estatística no componente, Conhecimento sobre apoio profissional, da LSM ( $H=15.135$ ;  $p<0.01$ ). Pela análise das médias, verifica-se que os alunos que despendem mais de dezasseis horas semanais em atividades de lazer e a socializar, obtiveram melhores resultados neste componente da LSM (tabela 4 do anexo 18).

No que se remete à associação entre a LSM e o facto de o curso onde está inscrito o aluno ser a sua primeira opção de ingresso no ensino superior não se verificam diferenças com significância estatística. Também não se verificam diferenças estatísticas significativas na associação desta com o facto de ter disciplinas atrasadas ou com o facto de sentir-se pressionado em relação ao rendimento escolar.

Em relação à associação entre LSM e conjugação de trabalho com os estudos, bem como no total de horas de trabalho semanal, não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

#### 6.4.3. Literacia e Saúde Mental Positiva

Para realizar esta análise optou-se por comparar os níveis de literacia em saúde mental com a SMP e respetivos fatores com recurso ao teste de Kruskal-Wallis (tabela 1 do anexo 19), observando-se diferenças com significância estatística na SMP ( $H=11.050$ ;  $p=0.001$ ) e nos fatores 1 ( $H=4.469$ ;  $p<0.05$ ) e 2 ( $H=9.998$ ;  $p<0.01$ ). Ao analisar as médias verifica-se que nas três situações há um predomínio dos indivíduos com níveis de literacia interativa/comunicativa.

Seguidamente procedeu-se a uma análise inversa, isto é, procedeu-se à comparação da relação da saúde mental positiva com a LSM e respetivos componentes com recurso ao teste de Kruskal-Wallis (tabela 2 do anexo 19). Observam-se diferenças com significância estatística no segundo componente da LSM, *Conhecimento sobre estratégias de autoajuda* ( $H=116.266$ ;  $p<0.0001$ ). Na comparação das médias, observa-se um predomínio dos indivíduos com *Langusing*.

Na relação entre a literacia em saúde e a saúde mental apresentam uma correlação positiva bastante significativa ( $r=-0.169$ ;  $N=447$ ;  $p=0.0001$ ). Foi usado o teste de *Spearman*.



## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi necessária a adaptação intercultural do *Mental Health Literacy Scale* para que o instrumento de medida se torne compreensível e relevante, mantendo a integridade dos itens (na versão de origem), e a respetiva validade de conteúdo na nova língua, português, e para a população portuguesa. Possui duas componentes básicas, a tradução e adaptação do instrumento, que implica a conjugação da tradução literal das palavras de um idioma para outro e a da adaptação ao contexto cultural e estilo de vida da população alvo. Utilizou-se como referencial as etapas metodológicas, apresentadas por Beaton *et al.* (2002) e Ferreira *et al.* (1998) na adaptação intercultural de instrumentos de medida em saúde: Tradução; Síntese das traduções; Retroversão; Síntese das retroversões; Paineis de peritos; e, Pré-teste.

O processo de adaptação deste instrumento para a população portuguesa foi autorizado pelo Dr. Matt O'Connor. Seguiram-se as recomendações de Beaton *et al.* (2002) por forma a garantir a qualidade da versão portuguesa do HMLS. Este teve dois momentos distintos: primeiros procedeu-se à avaliação as equivalências de semântica, significado e linguística e posteriormente a validação do instrumento através da propriedade psicométrica (validade de conteúdo).

Por forma a tentar garantir as equivalências conceptual e linguística, procedeu-se à tradução do instrumento na língua original, inglês, para português, por duas pessoas convidadas para participar nesta etapa, tendo em consideração a língua nativa das mesmas e o domínio da língua inglesa. Estes dois colaboraram neste processo produzindo cada um uma tradução a partir do instrumento original para a língua e cultura portuguesa (T1 e T2). Esta foi realizada item a item, contemplando as questões, respostas, notas introdutória/explicatória para preenchimento e instruções para obtenção de resultado. Nenhum dos tradutores contactou com o outro durante este processo, segundo as recomendações explanadas anteriormente. Um dos tradutores elaborou uma tradução pura e literal, por não ter influência de pressupostos oriundos de um conhecimento prévio da finalidade e conceitos do instrumento original; enquanto, o outro tradutor, elaborou uma tradução adaptada ao fenómeno em estudo, uma vez que o conhecimento prévio lhe permite efetuar a tradução numa perspetiva clínica, tendo-lhe sido explicados a temática e conceitos inerentes ao instrumento original. Deste processo, que decorreu de forma independente pelos dois tradutores resultaram duas traduções.

Seguiu-se a síntese das duas traduções obtidas tendo por base o instrumento original, com a participação dos dois tradutores e do investigador, da qual resultou uma versão única na língua portuguesa. Verifica-se que as discrepâncias entre as duas traduções se relacionavam com a tradução de expressões e/ou palavras, que foram facilmente resolvidas de forma consensual pelos dois tradutores; estas foram descritas num relatório.

Na análise da resolução das divergências verifica-se que o presente é o tempo verbal mais adequado à adaptação do instrumento (uma vez que as questões embora referentes a ações ocorridas no passado (*past simple*) ou no futuro (*future*), são sempre formuladas no presente (*presente simple*)) e, que se optou mais pelos itens oriundos de T1 (em 82,61% das situações) em comparação pelos itens oriundos de T2 (em 17,39% das situações).

Procedeu-se à retroversão por dois tradutores, cuja língua materna é a língua inglesa, mas conhecedores da língua e cultura portuguesas. Os retroversores não tiveram conhecimento do instrumento original e à semelhança da primeira etapa, apesar de possuírem conhecimento da existência um do outro, desconheciam a respetiva identidade do segundo, impossibilitando a troca de ideias/conhecimentos. Com um deles não possui conhecimento específico na área da saúde, realizou uma tradução pura, enquanto, o outro sendo detentor deste conhecimento executou uma tradução mais clínica. Procurou-se garantir que a versão traduzida refletisse com precisão o conteúdo do item da versão original, verificando divergências de significado e/ou de conteúdo entre o instrumento original e a síntese de traduções para a língua-alvo.

Na realização da síntese de retroversões participaram os retroversores e o investigador, obtendo uma versão única na língua inglesa. Em conformidade com a segunda etapa, verifica-se que as discrepâncias entre as duas retroversões se relacionavam com a tradução de expressões e/ou palavras, que foram facilmente resolvidas de forma consensual pelos dois tradutores; constata-se após análise minuciosa da resolução destas que se opta pelos itens oriundos de RV1 em detrimento dos de RV2. Considera-se que estas opções estejam relacionadas ao perfil do tradutor que elaborou a RV1, uma vez que tem conhecimento específico na área da saúde. Conclui-se esta etapa com o consenso dos três participantes.

Considera-se que finalizadas estas quatro etapas, se alcançou as equivalências conceptual e linguística entre o instrumento original e a versão portuguesa do mesmo. Sendo necessário proceder à análise da validade de conteúdo da versão alcançada. Nesta etapa, pretende-se, que seja assegurado que os itens do instrumento representem adequadamente o que se pretende medir, neste caso a literacia em saúde mental. A validade de conteúdo foi realizada com recurso ao julgamento teórico de especialistas de um domínio específico (revisão pelo painel de peritos) e pelo julgamento de pessoas comuns (pré-teste), conforme recomendado na literatura e de acordo com o estudo original de construção do instrumento original.

Os objetivos do painel de peritos compreendiam: comparar os itens da síntese de traduções (T-12) e a síntese de retroversões (RV12) com o instrumento original, avaliando as equivalências conceptual e linguística; analisar a redação dos itens da síntese de traduções (T-12) e a síntese de retroversões (RV12) no que concerne à sintaxe das frases, clareza e facilidade de leitura; avaliar a capacidade dos itens da versão portuguesa serem representativos do fenómeno em estudo. Para o efeito consideram as: equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência experiencial, e, equivalência conceitual.

Para tal, deverão anotar a pertinência de cada enunciado como parte integrante do domínio em estudo e/ou como componente representativo do conceito em estudo e, ainda, se cada enunciado mantém o mesmo significado que o original. Foi disponibilizado um questionário organizado em três partes: nota introdutória; uma tabela para cada item em análise do HMLS; uma tabela onde se questiona sobre a adequação dos itens da versão portuguesa para a representatividade do fenómeno em estudo.

Do total dos trinta peritos contactados, obteve-se resposta de cinco peritos até à data de vinte e oito de maio. O painel de peritos é constituído por cinco enfermeiros com idades compreendidas entre vinte e seis e cinquenta e dois anos de idade, sendo a média de quarenta anos. Três deles são enfermeiros generalistas e dois especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Dois têm experiência profissional entre três a cinco anos, dois entre onze e vinte anos e um tem mais de vinte anos de experiência profissional. Sendo que os cinco trabalham num serviço hospitalar com internamento de psiquiatria.

A validade de conteúdo foi analisada de acordo com a análise da representatividade do instrumento para o fenómeno que se quer estudar e a compreensão e clareza dos itens existentes. Para o efeito foi calculada a percentagem de concordância (IC) entre os peritos no que concerne à pertinência de cada enunciado como componente representativa do conceito em estudo e se o enunciado mantém o mesmo significado do original. Observou-se que dos 44 itens em análise, 24 destes (55%) apresentam “exatamente o mesmo significado” que os seus itens na escala original, e desse modo IC=100% entre os peritos; e os restantes 20 itens (45%) apresentaram para alguns peritos “quase o mesmo significado” ou “significado diferente” em comparação com os seus itens correspondentes na escala original, assumindo IC<100%, entre os peritos.

Deste modo, cinco avaliações realizadas pelo grupo de peritos, resultaram um total de 220 itens analisados por estes nas suas avaliações, havendo: 207 avaliações com resposta concordante, isto é, exatamente com o mesmo significado que o original; 13 avaliações com resposta não concordante, isto é, que não apresentam o mesmo significado que o original. Os itens de resposta 3, 11, 13, 14, 19 e introdução de tiveram cada um deles 1 resposta não concordante. Os itens de resposta 1, 2, 6, 15 tiveram cada um deles 2 respostas não concordantes. Assim, num total de 220 observações obteve-se 207 respostas concordantes, o que permite atribuir ICG=94% para a versão portuguesa da HMLS, o que representa “quase o mesmo significado”, entre esta e a original. A concordância do painel para a representação do fenómeno em estudo pelos itens desta versão foi de 100%.

No entanto, foram sugeridas alterações para os itens de resposta 1, 2 e introdução, tendo-se procedido à análise das mesmas: no item **introdução** o perito discordante de que transmitisse *exatamente o mesmo significado* sugeriu que na síntese de traduções (T12) a expressão “o objetivo das seguintes questões é saber o seu nível de conhecimento” fosse alterada para “Estas questões têm como objetivo melhorar a nossa compreensão do seu nível de conhecimento” de forma a que esta ficasse semanticamente mais correta. Optando-se por proceder à alteração sugerida; no **item de resposta 1**, os dois peritos discordantes de

que transmitisse *exatamente o mesmo significado* propuseram a alteração da palavra “fica” para “ficar”, forma infinitiva do verbo, sem alteração da respetiva retroversão. Concordou-se que “ficar” seria uma tradução mais rigorosa do ponto de vista semântico de “If someone **became**” pelo que se procedeu à alteração proposta; no **item de resposta 2**, os dois peritos discordantes de que transmitisse *exatamente o mesmo significado* propuseram a alteração da palavra “vivencia” para “vivenciar” e da palavra “justifica” para “justificar”, forma infinitiva do verbo, sem alteração da respetiva retroversão. Concordou-se que “ficar” seria uma tradução mais rigorosa do ponto de vista semântico de “someone experienced (...) was not warranted” pelo que se procedeu à alteração proposta.

Estas alterações, foram submetidas ao painel de peritos respondentes anteriormente, que apresentam unanimidade no consenso de que estas alterações se adequam aos objetivos propostos. Assim nesta segunda avaliação, constata-se que: os itens de resposta 11, 13, 14, 19 tiveram cada um deles 1 resposta não concordante. Os itens de resposta 6, 15 tiveram cada um deles 2 respostas não concordantes. Assim, num total de 220 observações obteve-se 212 respostas concordantes, o que permite atribuir ICG=96.36% para a versão portuguesa da HMLS, o que representa “quase o mesmo significado”, entre esta e a original. Este valor considera-se aceitável de acordo com Waltz *et al.* (2017) e Fortin (2009c) ao referirem-se ao índice de validade de conteúdo.

Deste processo, e apesar de o IC=100% apenas para 34 dos itens e o ICG da escala ser de 94%, e assumindo-se o consenso do painel de peritos de que a escala é de fácil e rápida resposta, compreensível e útil, com linguagem simples clara e coloquial, e que esta representa o fenómeno em estudo no contexto cultural português, resultou a versão 1.0 na língua portuguesa da escala HMLS. Nesta os itens 11 e 12 da versão original passam a 14 e 15 na versão adaptada, o que implica que as questões 13-15 na versão original correspondam às questões 11, 12, 13 na versão adaptada, por forma a permitir reduzir o número de folhas de papel necessárias à impressão da mesma para uma. Assim os itens em que se deve considerar pontuação inversa na versão portuguesa são os itens 10,13,15, 20-28. O instrumento obtido após submissão ao painel de perito e respetiva análise, foi enviado ao Sr. Matt O’Conner, detentor dos direitos de autor do HMLS; solicitou-se também que comparasse a versão obtida ao instrumento original, por forma, a avaliar a sua equivalência. De acordo com a resposta deste autor, no que concerne às equivalências entre a RV12 e a versão original, considera-a adequada. Salienta ainda o facto que as frases relativas à expressão fase a transtornos mentais no instrumento original optaram pela expressão “*to what extent do you think it is likely*” para evitar que os inquiridos não se sentissem obrigadas a dizer se uma pessoa tinha ou não um distúrbio/transtorno mental.

Para efetuar o pré-teste procedeu-se à criação de uma amostra representativa do público alvo ao qual o instrumento se destina, nesse sentido, e seguindo os mesmos passos do autor original, selecionamos a população alvo tendo em conta os mesmos critérios de elegibilidade originais, aspeto fundamental na validação de instrumentos de media. Tendo como público alvo os estudantes da licenciatura em enfermagem, a amostra é constituída



por estudantes que voluntariamente colaborem com o estudo, inscritos na licenciatura em enfermagem e frequentem as aulas, uma vez que se opta pela aplicação do questionário em papel.

Este foi efetuado, com a presença do investigador, no dia um de junho, com alunos do primeiro ano da licenciatura, no final da aula (N= 41). A presença do investigador durante este momento permitiu ter uma melhor perceção das dificuldades demonstradas pelos inquiridos no preenchimento do instrumento. Dos 41 questionários apenas foram considerados 38, a exclusão de três deles deveu-se ao não preenchimento da totalidade do instrumento. Obteve-se desse modo uma taxa de resposta de 92.68%. No que concerne ao sexo, 89.5% eram do sexo feminino (34 indivíduos) e 10.5% do sexo masculino (4 indivíduos). Em relação, à idade maioritariamente tinham 18 (47.4% das observações) ou 19 anos (47.4% das observações). Os restantes indivíduos tinham entre 34 a 36 anos. Na generalidade eram solteiros (94.7% das observações). Sendo que 63.8% (14 observações) se encontrava deslocado da residência habitual e, 23.7% (9 indivíduos) encontravam-se a mais de 10Km da faculdade. Sendo que a maioria (28.9%/11 observações) demorava menos de trinta minutos a deslocar-se até à faculdade. Observou-se que 68.4% (26 observações) partilhava a casa com familiares. Em 78.9% (30 observações) verifica-se que estavam matriculados na primeira opção de ingresso no ensino superior. Sendo que nenhum dos elementos da amostra tinham disciplinas atrasadas. No entanto, em 21.1% das situações (8 indivíduos) sentiam-se pressionados pela obtenção de bom rendimento escolar. Dos 7.9 % que conjugam estudos e trabalho, a maioria, 5.3% da amostra trabalham mais de trinta e três horas semanais.

No que concerne ao cariz conceptual deste instrumento apenas foi levantada uma questão relativa à ao item 5 “Na sua opinião a Distímia é considerada um transtorno mental?”. o estudante que levantou a questão, desconhecia o significado de “distímia”, o que foi devidamente explicado. Sendo que a resposta dada percebida pelo estudante e desse modo o significado do item. Tendo sido solicitado aos estudantes que não respondessem às questões em que não compreendessem o significado das palavras/expressões destacadas a negrito, referentes a alterações ao nível da saúde mental.

No entanto, verifica-se que Campos (2016) no decorrer do seu processo de investigação que visava a adaptação do HMLS para português e para a população brasileira se deparou com a mesma questão aquando da submissão ao painel de peritos “Uma das participantes frisou *“Eu não me lembro o que significa Distímia, mas só porque tem o provável na pergunta, se eu fosse responder a questão eu iria marcar provável”*” (Campos, 2016, pp. 32).

Visto que não foi colocada mais nenhuma questão, optou-se por questionar aquando da recolha do instrumento preenchido se tinham tido dificuldade em relação às questões deste. A resposta foi negativa, pelo que não se procedeu a modificações na versão submetida a pré-teste. No final foi avaliado o  $\alpha$  de Cronbach, obtendo-se 0.84, o que indica forte consistência interna.

Seguidamente procedeu-se à recolha de dados perante uma amostra mais alargada de estudantes. Verificando-se que no que concerne à SMP os estudantes de enfermagem apresentam níveis favoráveis (SMP total = 66.66) existindo uma prevalência de estados completos de SMP. Assim, 84.1% da amostra apresentou estado de *flourishing*, 15.7% estados intermédios de SMP e 0.2% estados de *languishing*.

Estes resultados são considerados muito positivos e contrários aos inicialmente esperados tendo em conta o processo de transição ao nível de desenvolvimento do indivíduo ao transitar para a idade adulta e pelas alterações que incorrem do ingresso no ensino superior e do stress passível de ser vivenciado nesta etapa.

Relativamente aos níveis de SMP por fatores de acordo com o modelo multifatorial, foi possível verificar que a atitude pró-social é o fator que apresenta níveis superiores, seguindo-se a habilidade de relação interpessoal, a satisfação pessoal, a autonomia, o autocontrolo, e a resolução de problemas e realização pessoal. Sendo neste último, resolução de problemas e realização pessoal, que se obteve níveis inferiores de SMP nos participantes do estudo.

No que concerne aos níveis superiores de atitude pró-social, considera-se que são congruentes aos referidos por Ferreira e colaboradores (2016) os quais indicam que os indivíduos da amostra se mostram pessoas altruístas, bons ouvintes, preocupam-se em ajudar o próximo. Este resultado é importante ao considerar o campo de estudos dos indivíduos que compõe a amostra. *A enfermagem profissional no mundo foi erigida a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, que foi influenciada diretamente pela sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade, e também pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado (Ferreira et al., 2016, pp.60).*

Na resolução de problemas e realização pessoal, observa-se que 141 estudantes referem ter não ter por hábito procurar retirar os aspetos positivos dos acontecimentos vivenciados. Podendo-se afirmar que os estudantes lidam com problemas e limitações para gerir os seus próprios problemas, possuindo poucas habilidades para se adaptarem às mudanças na sua vida. Havendo desta forma uma concordância com os resultados alcançados por Ferreira e colaboradores (2016). No entanto, verifica-se que contrariamente aos dados obtidos por estes, na amostra em análise neste estudo verifica-se que os estudantes se preocupam com a evolução pessoal, procurando melhorar como pessoa, e demonstrando vontade e gostar de ajudar o próximo. Este facto é importante se se considerar que se tratam de alunos de enfermagem, futuros enfermeiros, cuidadores de seres humanos que necessitam de atenção e carinho.

Em relação à comparação da SMP segundo as características sociodemográficas da amostra, verifica-se que são os alunos do sexo masculino que apresentam níveis superiores de SMP e obtém níveis superiores na análise multifatorial (excetuando-se o fator

autocontrolo). Estes dados são concordantes com os de Monte, Fonte e Alves (2015) em relação a níveis superiores de bem-estar emocional (presença de afetos positivos e ausência de afetos negativos e satisfação com a vida) no sexo masculino em comparação ao sexo feminino.

No que concerne ao fator autocontrolo considera-se que as diferenças encontradas se devam ao facto de estes despendem menos horas para atividades de lazer e socializarem, e se sentirem mais pressionados pelos familiares para obtenção de rendimento escolar satisfatório. Na comparação com o ano escolar que frequentam verifica-se que são os alunos do terceiro ano que apresentam melhores níveis de SMP. Na análise de fatores também são estes que tem melhores resultados ao nível da satisfação pessoal, da resolução de problemas e nas habilidades de relacionamento interpessoal. No que concerne ao tempo necessário para se deslocarem de casa para a escola e contrariamente ao esperado, verifica-se que são aqueles que precisam de uma hora para se deslocarem que tem melhores níveis de SMP.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que são os divorciados que têm melhores níveis de SMP. No entanto, são os solteiros que obtêm melhores níveis na satisfação pessoal e nas habilidades de relacionamento interpessoal. Este aspeto poderá relacionar-se com o facto de estudarem a tempo integral e dada a proximidade etária se apoiarem mutuamente facilitando o estabelecimento de relações interpessoais entre si.

No que concerne à pressão dos familiares para obtenção de bom rendimento escolar, verifica-se que são os que se sentem pressionados que tem níveis inferiores de SMP. Este aspeto poderá dever-se à influência que essa pressão exerce no estudante dificultando a sua adaptação e como já referido verificou-se na amostra que os estudantes possuem poucas habilidades para se adaptarem às mudanças na sua vida e lidarem com problemas e limitações para gerir os seus próprios problemas.

Contrariamente ao esperado, em relação aos estudantes que conjugam trabalho com estudos, verificou-se que estes obtêm melhores níveis de SMP comparado aos alunos que apenas estudam. Não se descobriu relação entre este facto e as variáveis em estudo por forma a explicá-lo.

Remetemo-nos agora à discussão dos dados obtidos ao nível da LSM. Assim, verifica-se que nos estudantes de enfermagem se obteve níveis favoráveis (SMP total = 125.25) existindo uma prevalência de estados críticos de LSM, 84.1% da amostra, 21.9% da amostra apresenta estados de LSM comunicativa/interativa.

Estes resultados são considerados muito positivos e acompanham os resultados ao nível da SMP, sendo contrários aos inicialmente esperados tendo em conta o processo de transição destes indivíduos.

No que concerne ao primeiro atributo considerado, “Habilidade para reconhecer transtornos mentais” as respostas foram maioritariamente positivas, estando mais presentes nos alunos do quarto ano da licenciatura, o que poderá estar associado à proximidade com o término do processo formativo, e a conclusão do ensino clínico em saúde mental que os

capacita para o reconhecimento da doença mental. É no sexo feminino que estes resultados são mais positivos, bem como nos que não estão deslocados para frequentar o curso. Também se verifica que são os alunos que dedicam mais horas semanais a atividades de lazer e a socializar que obtêm melhores resultados neste aspeto.

Em relação ao segundo atributo “Conhecimento sobre estratégias de autoajuda” os resultados aproximam-se mais do limite inferior o que é indicativo de baixo nível de literacia em saúde mental, nos inquiridos, no que concerne ao conhecimento de estratégias de autoajuda para melhorar a própria saúde mental, ou de baixo nível de conhecimento de estratégias de autoajuda em situações de perturbação mental. Sendo que estes estão mais presentes no sexo masculino comparativamente ao sexo feminino.

Na comparação do “Conhecimento sobre as formas de procurar informação sobre saúde mental”, verifica-se que a resposta mais prevalente para os quatro itens foi de concordância (“concordo”). No entanto, discorda de que possa obter informações sobre esta temática junto do seu médico de família. Sendo no terceiro ano da licenciatura que se obtêm piores resultados neste componente, o que não era esperado, visto estarem a concluir o referido ano letivo, e terem tido oportunidade de estar presencialmente do lado de quem cuida nos locais de prestação de cuidados. Sendo que no conhecimento sobre procura de informação se obteve melhores resultados no sexo feminino e nos alunos do quarto ano da licenciatura. Em relação ao “Conhecimento sobre causas e fatores de risco”, verifica-se que nos dois itens de resposta esta foi predominantemente “Provável”. No entanto para o item 10 a resposta predominante esperada seria “muito pouco provável” ou “pouco provável”, uma vez que vários estudos que retratam a ansiedade entre homens e mulheres em eventos específicos do desenvolvimento humano e etapas de vida, evidenciam que na maioria das situações esta é mais frequente nas mulheres.

No que concerne ao “Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível”, verifica-se para o item 13 que a resposta mais frequente foi “muito provável” quando se esperava que a resposta mais prevalente fosse “muito pouco provável” ou “pouco provável”. Sendo os alunos que despendem mais horas semanais para atividades de lazer e socializar que mais conhecimento têm sobre as ajudas profissionais disponíveis.

Destaca-se a variância obtida ao nível do componente da LSM referente às atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis. Sendo no sexo feminino que se obtêm resultados mais positivos. Na comparação com o ano de frequência verifica-se que são os alunos do segundo ano da licenciatura que têm melhores resultados.

No que concerne à comparação da associação entre a SMP e a LSM verificou-se que estas estão positivamente associadas, e quanto maior o nível de SMP maior o nível de LSM, o mesmo acontece no sentido inverso.

## CONCLUSÕES

Na análise da SMP realizada neste trabalho de investigação obtiveram-se resultados que apontam para níveis consideravelmente positivos deste constructo, ou estados de *flourishing* (termo usado no modelo de saúde mental completa proposto por Keyes e Lopez, 2002), nos estudantes em estudo. Contudo, quando analisados os fatores que integram a SMP foi constatado que a atitude pró-social é o fator com níveis superiores, enquanto a capacidade de resolução de problemas e realização pessoal é aquele que apresentou níveis inferiores.

A capacidade de resolução de problemas e realização pessoal engloba a capacidade de análise que o indivíduo possui acerca das próprias vivências, a habilidade para tomar decisões por si próprio, a flexibilidade/capacidade para adaptar-se às mudanças que surgem no quotidiano e se ajustar de forma salutar e a atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo. Considera-se que o conjunto destas características permite ao indivíduo moldar positiva e objetivamente as próprias respostas face aos diferentes estímulos pessoais, ambientais, emocionais, etc., além de lhe proporcionarem tranquilidade, sossego e segurança, e de serem protetoras face ao desenvolvimento de algumas doenças mentais tais como depressão, ansiedade, stresse, etc.

No entanto, para esta capacidade ser desenvolvida e fomenta a pessoa têm de conhecer-se a si mesma, uma vez que se não for capaz de identificar o que necessita mudar não poderá modificar os seus processos mentais, emocionais ou comportamentais. Havendo esta aceitação por parte da pessoa da necessidade de ajustamento e conhecimento da necessidade de mudança, é necessário que esta aprenda e desenvolva estratégias que o orientem na prática e potencializem as suas características psicossociais.

Para facilitar esta aprendizagem torna-se imprescindível o desenvolvimento de programas de saúde mental positiva orientados para o ensino, incentivo e prática das boas capacidades individuais que cada pessoa possui. Estas capacidades poderão ser aproveitadas no sentido de ter uma vida plena, satisfatória e harmónica.

Também se verifica pela correlação entre SMP e LSM que estes programas poderão potenciar o desenvolvimento e o aumento dos níveis de literacia em saúde mental, funcionando como uma ferramenta de combate ao estigma, presente nesta área de saúde, partilhado quer por indivíduos instruídos quer por indivíduos com poucas habilitações escolares. Sugerindo-se que com recurso a estes ou a outros instrumentos, se explore as relações entre a SMP e a LSM antes e após a execução de um programa em SMP.

No que concerne à adaptação intercultural do HMLS para a realidade portuguesa, obedeceu às diretrizes recomendadas pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da

Universidade de Coimbra apresentadas por Ferreira e Marques (1998) e Beaton *et al.* (2002). Foram percorridos os seguintes estágios: Etapa 1: Tradução (produção das versões T1 e T2), Etapa 2: Síntese das duas traduções (produção da versão T12), Etapa 3: Retroversão (produção das versões RV1 e RV2), Etapa 4: Síntese das duas Retroversões (produção da versão RV12), Etapa 5: Revisão pelo painel de peritos e Etapa 6: Pré-teste. Contudo, importa destacar que este é apenas um entre vários, disponíveis na literatura especializada sobre adaptação de instrumentos de medida em saúde em diferentes culturas. Após a concretização deste processo considera-se que se atingiu o objetivo proposto.

Emergiram como conclusões relevantes que a versão portuguesa da escala HMLS- a Escala de Literacia em Saúde Mental: manteve as equivalências, conceptual e linguística, conforme a escala original; obteve-se bons índices de validade de conteúdo na cultura portuguesa, conforme demonstrado pelo painel de peritos e pré-teste. Como resultado deste estudo pôde-se propor uma primeira versão em português do HMLS: Escala de Literacia em Saúde Mental. Pondera-se que, nesta versão proposta, se conseguiu alcançar um *layout* do instrumento facilitador da visualização e entendimento do mesmo através da formatação e reorganização da disposição das questões que o compõe.

No entanto, para um processo de adaptação intercultural de um instrumento de medida completo e satisfatório, devem ser testadas as seguintes características métricas: validade de construção, validade de critérios, fiabilidade, poder de resposta e poder de interpretação para precisão desta escala. Testes adicionais para a retenção das propriedades psicométricas do instrumento são altamente recomendados, mas não são necessários para aprovação da versão traduzida (Beaton *et al.*, 2002; Ferreira *et al.*, 1998), estes reportam-se: à análise da fiabilidade, coerência interna e teste-reteste ou reprodutibilidade, isto é, *avalia até que ponto um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado* (Ferreira *et al.*, 1998, pp.7), *pressupõe homogeneidade do conteúdo e coerência interna*. (Ferreira *et al.*, 1998, pp.9), para o efeito pode-se usar a análise de variância (ANOVA), utilizando o coeficiente *r* de Pearson, o coeficiente de Kappa, o Coeficiente Inter-Classe ou o Alpha de Cronbach; e, à validade, *que avalia até que ponto o procedimento de medição produz a resposta correcta* (Ferreira *et al.*, 1998, pp.7), inclui a validade de conteúdo, critério e construção.

A execução destes procedimentos exigiria que o presente trabalho tivesse uma envergadura maior e uma extensão de tempo para a sua execução maior do que a expectável para o ciclo de estudos em que se enquadra.

Assim, conclui-se que os caminhos metodológicos percorridos no processo de adaptação intercultural do HMLS para a língua e cultura portuguesa permitiram alcançar uma versão semanticamente compreensível, de fácil visualização, leitura e preenchimento, respondendo positivamente nas diferentes etapas do processo. Assim, a mesma encontra-se disponível para uso e submissão a re-teste em diferentes grupos populacionais por forma a reverificar a validade da mesma.

## **CONTRIBUTOS**

A presente investigação fornece deste modo um instrumento para avaliação da literacia em saúde em saúde mental, de fácil compreensão, leitura e preenchimento que poderá ser usado por profissionais de saúde, sendo, no entanto, direcionado ao uso por enfermeiros para o desenvolvimento de programas de promoção e/ou intervenção no âmbito direto desta problemática ou para avaliação desta componente aquando do desenvolvimento de programas e ações no âmbito da saúde mental positiva.

## **LIMITAÇÕES AO ESTUDO**

Na realização desta dissertação, primeiro trabalho desta envergadura pelo investigador, sentiram-se dificuldades associadas à inexperiência do mesmo, e aos desafios que se impuseram, mas passo a passo foram ultrapassados com o apoio do orientador. Apesar disto foi gratificante a realização do mesmo permitindo o enriquecimento pessoal a diferentes níveis, tendo a partilha de saberes, experiências e emoções, em muito ultrapassado os saberes teóricos.

No que concerne às limitações encontradas neste trabalho destaca-se o limite temporal para a execução do mesmo. Este aspeto parece-nos de suma importância uma vez que implicou a reformulação do projeto de investigação inicialmente proposto, sendo necessário o ajuste e reformulação do mesmo.

Inicialmente era pretendido o desenvolvimento de uma ferramenta informática de apoio aos programas e intervenções que visam a promoção da saúde mental positiva, avaliando em simultâneo o impacto indireto destes ao nível da literacia em saúde mental, partindo de uma avaliação diagnóstica inicial atualizada aos níveis da literacia em saúde mental e da saúde mental positiva dos indivíduos que integrem o estudo.

Uma vez que numa breve pesquisa nas bases de dados verifica-se a crescente pesquisa e inovação na publicação e partilha de programas de intervenção em enfermagem direcionados à saúde mental e psiquiatria, desenvolvidos por enfermeiros especialistas nesta área nos diferentes contextos da prática clínica. Quase sempre estes programas contemplam intervenções desenvolvidas num contexto presencial, cara-a-cara entre enfermeiro e utente/indivíduo. Ao nível internacional constata-se o investimento numa abordagem complementada pelo desenvolvimento de ferramentas informáticas para utilização destes utentes/indivíduos, promotora de ganhos em saúde e rentabilização de recursos existentes.

Em relação à reformulação do projeto efetuada excluiu-se o desenvolvimento da ferramenta informática como resposta promotora da SMP+ e ao potenciamento da LSM. Sendo neste âmbito que se optava pela HMLS, uma vez que na opinião do investigador, esta apresentava como vantagens às atuais ferramentas de avaliação da LSM validadas para Portugal, o facto de conter menos itens e não recorrer ao uso de vinhetas, o que poderia ser vantajoso para a sua monitorização informática em associação com o QSM+.

Como o tempo para a execução empírica do projeto adaptado era curto, optou-se por manter esta opção, não se pretendendo, contudo, que este facto represente um acumular de instrumentos para medição da LSM, mas antes uma vantagem. Considera-se uma vantagem pela perspetiva de que na maioria das situações os instrumentos de medida de variáveis em saúde não recorrer ao uso de vinhetas, o que os torna menos maçudos aquando do seu preenchimento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY FOR THE AMERICAN COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, AMA Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs, *Journal of the American Medical Association* [Em linha], 1999, V.281, pp.552-557. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10022112>.

ALBERTA HEALTH AND WELLNESS, Positive Futures—Optimizing Mental Health for Alberta's Children and Youth: A Framework for Action (2006-2016). [Em linha] Edmonton, Alta.: Alberta Health and Wellness, September 2006. Disponível em; <https://open.alberta.ca/publications/0778534970>.

ALEXANDRE, N. Coluci, M. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciências e Saúde Coletiva*.2011, Nº 16, V. 7, pp. 3061-3068.

ALPAY, L. BOOG, P. DUMAIJ, A. An empowerment - based approach to developing innovative e-health tools for self - management. *Health Informatics Journal*, Vol. 17, N.4, pp. 147-255, 2008.

ALVES, C. (2016). Matemática II - Estatística 3. Acedido em <http://www.ipb.pt/~cmca/estatistica3.pdf>

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. (2012). Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education.

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. Depression Quality Improvement Collaborative. National College Depression Partnership. 13 Feb 2014.

ANGERMEYER, M., Daumer, R., & Matschinger, H. Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry* [Em linha], 1993, Nº 26, pp. 114-120. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8234450>.

ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1996, Nº. 11, pp.11-18.

ARNETT, J. *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Nova Iorque: Oxford University Press. 2006.

BAENE, G. Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios. *Trabajo de investigación para optar el título de Magíster en Desarrollo Social* [Em linha]. Barranquilla: Division de Humanidades y Ciencias Sociales Maestría de Desarrollo Social. 2008. Disponível

em\_ <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/684/37331533.pdf?sequence=1>.

BAKER, D., Wolf, M., Feiglass, J., & *et al.* Health Literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* [Em linha], 2007, N° 167, Volume 14, pp. 1503-1509. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17646604>.

BEATON, D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; N° 25, V. 24, pp.3186-391.

BEATON, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. *Recommendations for the Cross-cultural Adaptation of Health Status Measures*. American Academy of Orthopaedic Surgeons: Institute for work and Health [Em linha]. 2002. Disponível em: [http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2002.pdf](http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2002.pdf).

BEATON, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures*. Institute for Work and Health [Em linha]. 2007. Disponível em: [http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf).

BEENTJES, T. GAAL, B. GOOSSENS, P. SCHOONHOVEN, L. Development of an e-supported illness management and recovery programme for consumers with several mental illness using intervention mapping, and design of an early cluster randomized controlled trial. *BioMed Central Health Services Research*, Vol. 16, N. 20, 2016.

BERKMAN N. D. Davis T. C. McCormack L. Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication* [Em linha], 2010, Vol.15, pp.9-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20845189>.

BERKMAN, N., Sheridan, S., Donahue, K., & *et al.* Low Health Literacy and health outcomes: and updated systematic review. *Ann Intern Med* [Em linha], 2011, N° 155, Volume 2, pp. 97-107. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768583>.

BLAIS, A. Durand, C. Bodet, M. The Dynamics of Vote Intentions in the First Round of the 2002 French Presidential Election. *French politics*. 2003, V, 1. N° 3, pp. 269-375.

BREINBAUER, C. e MADDALENO, M. Youth: Choices and change - Promoting healthy behaviours in adolescents [Em linha]. Washington DC: Pan American Health Organization - WHO, 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/165474>.

BULLINGER M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Gandek B, Wagner A, Aaronson N, Bech P, Fukuhara S, Kaasa S, Ware J. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal Clinical Epidemiology*, 1998, N° 51, V. 11, pp. 913-923.

CAMPOS, J. Tradução e adaptação semântica para versão em português do “mental health literacy scale. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação de Curso de

Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem. 2016.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health [Em linha]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. 2009. Disponível em: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1051&lang=fr&media=0>.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, “Mental Health Promotion: Issues, Opportunities and Resources” [Em linha], September 2006: pp. 1-30. Disponível em: <https://cmha.ca/documents/2006-business-and-economic-plan-for-mental-health-productivity>.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Communicating about the social determinants of health: income inequality and health. National Collaborating Centre for Determinants of Health and the Canadian Public Health Association. (2014).

CARE, I. C. *Alma-Ata (URSS), 6-12 september 1978 - Primary health care: a joint report by the Director-General of WHO and the Executive Director of the UNICEF* [Em linha]. Geneva. 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39225>.

CEPÊDA, T., Brito, I., & Heitor, M. (s.d.). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>.

CHWALOW, A. J. (1995). Cross-cultural validation of existing quality of life scales. *Patient Education and Counseling*, 1995, N° 26, pp.313-318.

COLUCI, M. Alexandre, N. Milani, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciências da saúde coletiva*, 2015, N° 20, V. 3, pp. 925-936.

COLUNGA, J., Moreno, M., Rodríguez, C., Serrano, M., Solís, M., González, M., & Juárez, C. Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade* [Em linha], 2017, São Paulo, Vol. 26, N. 2, pp. 584-595. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200584&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200584&script=sci_abstract&tlng=pt).

CORRIGAN, P., & Matthewa, A. Stigma and disclosure: implications for coming out of closet. *Journal Mental Health* [Em linha], 2003, V. 3, N° 12, pp. 235-248. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0963823031000118221>.

COSTA, D. Teoria de amostragem em metodologia de pesquisa em ciências sociais. In LUNDIN, I. *Metodologia de Pesquisa em Ciências Sociais*. Maputo: Escolar Editora. Documento 8, pp. 331-404.

COSTA, C. Casagrande, L. Ueta, J. Reflective processes and competencies involved in the teaching practice at university; a case study. *Interface: Comun Saúde Educ.* 2009, N<sup>o</sup> 13, V. 31, pp. 409-422.

COSTA, A. Saboga-Nunes, L. Costa L. Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Boletim Epidemiológico. 2016, N<sup>o</sup> 17, 2<sup>a</sup> série, pp. 38- 40.

COREY, K. Dhingra, S. Simoes, E. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 2010, N<sup>o</sup>100, V. 12, pp. 2366-2371.

COURTENAY, B. What is positive mental health? [Em linha] Disponível em <http://www.alive2thrive.ie/positive-mental-health/#toggle-id-1>.

DEWALT D. A. Berkman N. D., Sheridan S. Lohr K. N. Pignone M. P. , *et al.* Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine* [Em linha], 2004, V.19, pp.1228-1239. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15610334>.

DIENER, E. e CHAN, M. Y. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* [Em linha]. 2011, Vol. 3, n<sup>o</sup> 1. p. 1-43. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2015.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. A Saúde dos Portugueses 2016a. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2016.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Portugal - Saúde Mental Em Números: PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2016.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional Para A Saúde Mental* 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2017a.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programas de Saúde Prioritários: Metas de Saúde 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2017.

ERICKSON, B. Culture, Class, and Connections. *American Journal of sociology*. 1996, V. 102, N<sup>o</sup>1, pp. 217-251.

ESPANHA, R. Ávila, P. Mendes, R. Literacia em Saúde em Portugal: Relatório Síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2016.

EUROPEAN COMMISSION, State of health in EU: Companion report 2017. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2017.

FASCIANO, K. SOUZA, P. BRAUN, I. TREVINO, K. Ann innovative website in the United States for meeting the emotional and supportive care needs of young adults with cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*, Vol. 4, N. 1, pp.44-49, 2015.

FERREIRA, M. Cortez, E. Silva, J. Ferreira, M. Avaliação da saúde mental positiva de discentes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 4, 2016, pp. 57-62.

FERREIRA, P. L., & Marques, F. B. (1998). Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: *Princípios Metodológicos Gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

FILHO, N., Coelho, M., & Peres, M. O conceito de saúde mental. *Revista da Universidade de São Paulo*, 1999, Nº43, pp. 100-125.

FIGUEIREDO, R., Oliveira, M. NECESSIDADES DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 1995, V. 3, Nº. 1, pp. 5-18.

FORTIN, M.-F. (2009a). Em M.-F. Fortin, Os princípios de medida. In FORTIN, M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. 2009. Cap. 15, pp. 335-366.

FORTIN, M. (2009b, 5ªed). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. (2009c, 5ªed). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. GRENIER, R. NADEAU, M. Métodos de colheita de dados. In FORTIN, M. O processo de investigação: da concepção à realização. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009. Cap.17, p. 241-265.

FRISCH, A. Camerini, L. Diviani, N. Schulz, P. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, 2011, Vol. 27, Nº. 1, pp.117-126.

FONTE, C. Ferreira, C. Alves, S. Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar. *Psique*, 2017, V. XIII, pp. 57-74.

GAETE, V. Desarrollo psicossocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. 2015, Vol. 86, nº 6, pp. 436-443.

GALDERISI S. Heinz A. Kastrup M. Beezhold J. sartorius N. toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 2015, Nº14, pp.231-233.

GARCIA, I. Saúde Mental Positiva em Adolescentes. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem. 2016.

GALVÃO, E. LOPES, G. DALCIN, C. PEREIRA, A. BACKES, D. Sistematização da assistência de enfermagem com uma gestante colecionadora de materiais recicláveis. *Disciplinarum Scientia*, 2016, Vol. 17, Nº. 3, pp. 23-31.

GANSHORN, H., & Michaud, N. Mental health first aid: an evidence review. *Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada*. 2012.

GRESS, J. Roubinov, D. Andreotti, C. Compas, B. Luecken, L. Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. *Stress and Health*, 2015, Nº 31, V. 1, pp. 67-70.

GRIFFEY, R. Melson, A. Lin, M. Carpenter, C. Goodman, M. Kaphingst, K. Does numeracy correlate with measures of health literacy in the emergency department?. *Acad Emerg Med.*, 2014, Nº 21, V. 2, pp.147-53.

GUILLEMIN, F. Bombardier, C. Beaton, D. Cross-Cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Jornal Clinico Epidemiologico*, 1993. V. 46, Nº 12, pp. 1417-1432.

GUPTA, U. G.; CLARK, R. E. Theory and Applications of the Delph Technique: a bibliography (1975-1994). *Technological Forecastings and Social Change*, New York, v. 53, p. 153-211, 1996.

GUTHMAN, J. Collage students exhibiting more severe mental illness. 2010, Disponível em: <http://www.apa.org/news/press/releases/2010/08/students-mental-illness.aspx>.

HAUGHEY D. Delphi Technique a Step-by-Step Guide. [Em linha]. 2018. Disponível em: [www.projectsmart.co.uk](http://www.projectsmart.co.uk)

HENDRICSON, W. Russell, I. Prihoda, T. Jacobson, J. Rogan, A. Bishop, G. An approach to developing a valid Spanish language translation of a health-status questionnaire. *Med Care* 1989, Nº 27, pp. 59-966.

HERDMAN M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998;Nº 7, V. 4, pp.323-335.

HERDMAN, T.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações. 10ªed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HOWARD, D. Gazmararian, J. Parker, R. The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*. 2005, V.118, pp. 371-377.

HUPPERT, F. Positive mental health in individuals and populations. IN Huppert, F. Baylis, N. Keverne, B. *The science of well-being* (pp. 307-340). New York: Oxford University Press. 2005.

ICN, Internacional Council of Nurses. *CIPE VERSÃO 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. A.C.D. Print, SA, 2016.

INSTITUTE FOR WORK & HEALTH. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the Dash & Quickdash outcome measures. Istitute de recherche sur le travail et la santé, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. Facilitating state health exchange communication through the use of health literate practices. Washington (DC): The National Academies Press; 2012.

JAHODA, M. Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.

JORM, A.. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *AM Psychol.* 2012. N° 67, Volume 3, pp. 231-243.

JORM, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The medical journal of Australia*, 1997, N° 4 de Vol. 166, pp. 182-186.

JORM, A.F.; Mental health literacy Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British of Journal of Pshychiatry*, 2000, N° 177, V. 5.

JUNIOR, S. Lupi, O. Dias, G. Boleira, M. Cross-cultural adaptation and validation of health questionnaires. *Brazilian journal of Allergy and Immunology*. 2016, N° 4, V. 1, pp. 26-30.

KANJ, M., & Mitic, W. (Geneva: World Health Organization. Working document: 7th Global Conference on Health Promotion, Promotion Health and Development: closing the implementation gap. Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009.

KELLY, C., Jorm, A., & Wright, A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 2007, N° 187, Suplemento 7, pp. 26-30.

KEYS, C. The mental health continuum: From languishing to "flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*. 2002, Vol. 43, n° 2, pp. 207-222.

KEYS, C. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* 2005, N° 73, V.3, pp.539-548.

KEYS, C. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing?. *Am J. Orthopsychiatry*, 2006, N°76, V.3, pp.395-402.

KEYS, C. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 2007, Vol. 62, pp. 95- 108.

KEYS, C. Eisenberg, D. Perry, G. Dube, S. Kroenke, K. Dhingra, S. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behaviour and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 2012, V. 60, pp.126-133.

KICKBUSCH, I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int.*, 2001, N°16, V. 3, pp. 289-297.

KICKBUSCH, I. The need for a European Strategy on Global Health. *Scandinavian journal of public health*, 2006, N° 34, pp. 561-565.

KICKBUSCH, I. Health literacy: An essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 2008, N° 108, pp. 101-104.

KUTCHER, S., & Wei, Y. School mental health literacy. *Education Canada*, 2014, N° 54, pp. 22-26.

KUTCHER, S., Bagnell, A., & Wei, Y. Mental health literacy in scondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015, n° 24, V. 2, pp. 233-244.

KUTCHER, S., Wei, Y., & Coniglio, C. Mental Health Literacy: Past, Present and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2016, N.3, V.6, pp. 154-158.

KUTCHER, S., Wei, Y., & Morgan, C. Mental health literacy in post-secondary students. *Health Education Journal*, 2015, pp. 1-9.

KUTCHER, S., Wei, Y., & Weist, M. School mental health: global challenges and opportunities. *Cambridge (GB): Cambridge University Press*. 2015.

LAKASKY, C. "Operationalizing Mental Health for Population Mental Health Promotion" (unpublished), (Ottawa, Ont.: Public Health Agency of Canada, 2006).

LAMERS, F, Van Oppen, P. Comijs, H. Smit, J. Spinhoven, P. & *et al.* Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 2011, V. 72, N° 3, pp. 341-348.

LAVIKAINEN, J. Lahtinen, E. Lehtinen, V. Public Health Approach on Mental Health in Europe 2000, Helsinki (STAKES): Ministry of Social Affairs and Health National Research and Development Centre for Welfare and Heath.

LEITE, A. Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria [Em linha]. 2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17329>.



LINSTONE, Harold A.; TUROFF, Murray. The Delphi Method; techniques and applications. [Em linha]. New Jersey: Listone e Turof, 2002. Disponível em: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>.

LLUCH, M. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tese de Doutoramento Não Publicada). Universidad de Barcelona, Barcelona. 1999.

LLUCH, M. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. México. 2002, Vol.25, nº 4, pp. 42-55.

LLUCH, M. T. - Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, 2003, Vol. 11, nº 1, p p. 61-78.

LLUCH, M. T. Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicosocial II, 2008, pp.37-69.

LLUCH, M., Puig-Llobet, M., Sanchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau, C., & Positive Mental Health Research Group (PMHRG). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 2013, Nº13.

LOBIONDO-WOOD, G., & Haber, J. *Desenhos Não-Experimentais*. 4ª ed. Trad. de Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. O papel da pesquisa em enfermagem; pp. 111-121.

LOBIONDO-WOOD, & J. Haber, *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ªed. (pp. Cap. 8, pp. 110-121). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LOUREIRO, L. Mendes, A. Barroso, T. Santos, J. Oliveira, R. Ferreira, R. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 2012, Nº 6, pp. 157-166.

LOUREIRO, L: Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série, Nº 4, 2015, pp. 79-88.

LOPEZ, M. Castro, F. Ramirez, A. Conceptions of acculturation: A review and statement of critical issues. *Social Science e Medicine*, 2010, V. 72, Nº 9, pp. 1555-1562.

LUNDIN, A. Kjekberg, K. Leijon, O. Punnett, L. Hemmingsson, T. The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2016, V. 26, Nº 2, pp. 195-203.

MADEIRA, T. Literacia para a Saúde: o perfil de um conceito em construção. Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Medicina. 2016.

MARCUS, M., & Westra, H. Mental health literacy in Canadian young adults: results of a national survey. *Can J Commun Ment Health*, 2012, Nº 31, pp. 1-15.

MARINO, C. Hirst, C. Murray, C. Viano, A. Spada, M. Positive Mental Health as a Predictor of Problematic Internet and Facebook use in Adolescents and Young Adults. *Journal of Happiness Studies*, 2017, pp. 1-14.

MARQUES, J. Literacia em saúde: avaliação através do european health literacy survey em português num serviço de internamento hospitalar. Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, 2015.

MARTÍ, G., LLUCH, M. LÓPEZ, M. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson, 2000.

MATIAS, Sílvia - Tradução e adaptação cultural do NECK AND UPPER LIMB INDEX para a língua portuguesa. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, 2010. Tese de mestrado.

MCLUCKIE, A., Kutcher, S., Wei, Y., & *et al.* Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry*, 2014, Nº 14, V. 1, pp. 1694.

MEDICINE, I. Facilitating state health literate practices. *Washington: The Nacional Academies Press*. 2012.

MEGAHEALTH AT WORK INC. Mental Health First Aid Canada. *Waterloo (ON): MegaHealth at Work Inc.* 2015.

MELEIS, A. Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A., Sawyer L., Schumacher, K., Messias, D. Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 2000, V23, Nº1, pp. 12-28.

MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE, Mental Health for Canadians: Striking a Balance (Ottawa, Ont.: Minister of Supply and Services Canada, 1988).

MONTE, K., FONTE, C. e ALVES, S. Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015, Nº 2, pp. 83-87.

MORAIS, C. Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística. Escola Superior de Educação: Instituto Politécnico de Bragança, 2005.

MOHR, D. Siddique, J. *et al.* Interest in behavioural and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 40, N. 1, pp. 89-98, 2010.

- NAKOS, G. MAGITA, A. MECHILI, A. DIOMIDOUS, M. The empowerment of patients with mental conditions and addictions through e-health. *Enabling Health Informatics Applications*, 2015, pp. 210-212.
- NÓBREGA, M. Gutierrez, M. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE: versão alfa. 2000. *Revista Universidade Federal de São Paulo*, Nº 263.
- NOGUEIRA, M. *Saúde Mental Em Estudantes Do Ensino Superior: Fatores Protetores E Fatores De Vulnerabilidade*. Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. 2017.
- NUNES, L. O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Apresentado no IV Congresso Português de Sociologia, pp. 1-14. 1997.
- NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, 2006, Vol. 15, Nº. 3, pp. 259-267.
- NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 2008, Nº67, pp. 2071-2078.
- O'CONNER, M., & Casey, L. The Mental Health Literacy Scale (HMLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 2015, pp. 511-516.
- OLIVEIRA, A. Hildenbrand, L. Lucena, R. Adaptação transcultural de instrumentos de medida e avaliação em saúde: estudo de metodologias. *Revista ACRED*, 2015, Nº 10, V. 5, pp. 13-33.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Conselho da Europa. Comissão europeia - rede europeia e portuguesa de escolas promotoras de saúde*. Men Martins: editorial do Ministério da Educação, 1998.
- PAASCHE-ORLOW, M. Parker, R. Gazmararian, J. Nielsen-bohlman, L. Rudd, R. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 2005, V. 20, pp. 175-184.
- PAASCHE-ORLOW, M. Wilson, E. McCormack, L. The evolving field of health literacy research. *Journal of health communication*. 2010, V.15, pp. 5-8.
- PASSAMAI, M. Sampaio, H. Dias, A. Cabral, L. Functional Health Literacy: Reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2012, V.16, n. 41, p. 301 - 304.
- PARDAL, L. Lopes, E. *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores. 2011.
- PAYNE, K. J. e ROSS, L. M. *Simplicity Parenting: Using the Extraordinary Power of Less to Raise Calmer, Happier and More Secure Kids*. New York: Ballantine Books Trade Paperbacks, 2010.

PEDRO, A. Amaral, O. Escoval, A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2016, V. 34, Nº. 3, pp. 259-275.

PIAGET, J. A formação de símbolo na Criança: Imitação, jogo, imagem e representação. Tradução de Álvaro Cabral e Cristiane Oiticima. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

POLIT, D., & Hungler, B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

POLIT, D., & Hungler, B. (2011, 7ªed.). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Art Med.

PROMOTION, I. C. 1, *Ottawa, 17-21 november - Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986.

QUEIJO, A. F. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N. A. S.). *Dissertação de Mestrado*. São Paulo, Brasil: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2002-

RASMUSSEN, H. Scheier, M. Greenhouse, J. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 2009, V. 37, Nº 3, pp. 239-256.

RATZAN, S. Health literacy: communication for the public good. *Health Promot Int.*, 2001, Nº16, V. 2, pp. 207-14.

REAVLEY, N., & Jorm, A. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcomes: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*, 2011, Nº 45, Volume 11, pp. 947-956.

REICHENHEIM M, Moraes C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Ver Saude Publica*. 2007; 41(4); 665-73.

RESENDE, C. [et.al.]. Depressão nos adolescentes - mito ou realidade? *Nascer e Crescer*. ISSN: 0872-0754. Vol. 22, nº 3 (2013) p. 145-150.

ROOTMAN, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). Vision for health literate Canada: report of the expert panel on health literacy. *Ottawa: Canadian Public Health Association*.

ROSA, A. Loureiro, L. Sequeira, C. Literacia em saúde mental de adolescentes: um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*, 2014, pp. 125-132.

ROZADOS, H. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da ciência da informação. *Em questão*, 2015, V. 23, Nº 3, pp. 64-86.

SABOGA NUNES, O sentido de coerência. Escola Nacional de Saúde Pública, 1989, dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública I, ministrado pela ENSP, UNL, 1999.

SABOGA-NUNES, L. Freitas, O. Cunha, M. Renasceres®: um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Revista Servir*, 2016, V. 59, Nº. 1, pp. 7-15.

SABOGA-NUNES, L. Sørensen, K. Pelikan, J. Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). Apresentado no VIII Congresso Português de Sociologia: 40 anos de democracias: progressos, contradições e perspectivas, 2014, pp. 1-15.

SAINT-PAUL, M. R. Innovation - Développement Economique: les methods d'Evaluation Technologique. Paris, 1984.

SÁNCHEZ, E. B. La Investigación científica: Teoría y Metodología. Zacatecas: Universidad Autónoma de Zacatecas. 2003.

SANTOS, M. SAÚDE MENTAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS. Universidade de Aveiro - Departamento de Educação: Dissertação de Doutoramento em Psicologia. 2011.

SAWYER, S. M. [et.al.]. Adolescence: a foundation for future health. *LANCET*. 2012, Vol. 379, pp. 1630-1640.

SEQUEIRA, C. Introdução à Prática Clínica. Quarteto editora, 2006.

SEQUEIRA, C. [et.al] Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2014, Nº 11, pp. 45-53.

SEQUEIRA, C. & Lluch, M.T. (2016). Saúde Mental Positiva. Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental da Escola Superior de saúde de Viseu. Viseu (Portugal)., celebrada em 8 de Outubro de 2015. Barcelona: Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, Colecció OMADO. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. 2017.

SHALINI, L. ADAIR, C. E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*. Vol. 65, N. 1, pp. 24-32, 2014.

SMITH, M. Segal, R. Robinson, L. Segal, J. Building Better Mental Health. [em linha] Trusted guide to mental, emotional & social health. 2018. Disponível em <https://www.helpguide.org/articles/mental-health/building-better-mental-health.htm?pdf=true>.

SØRENSEN, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, Nº-12, V.80.

SOUZA, P. Maciel, S. Medeiros, K. Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Acoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico? *Temas em Psicologia*, 2015, V. 26, Nº.2, pp. 883-895.

SOUZA, T. Ivo, E. Oliveira, M. Araújo, D. Batista, J. DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA VIDA ACADÊMICA. *Centro Universitário Católica de Quixadá*, 2017, V. 4, Nº. 1, s.p.

SRIVASTAVA, K. Positive mental health and its relationship with resilience. *Industrial Psychiatry Journal*. 2011, Volume 20, Nº. 2, pp. 75-76.

STEFANELLI, M. Fukuda, I. Arantes, E. Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. 1ª Ed. Brasil: Editora Manole, 2008.

STREINER, D. Norman, G. Health Measurement Scales—A Practical Guide to Their Development and Use. Reino Unido: Oxford University Press.

RIBEIRO, J. Inventário de saúde mental, Placebo Editora. 2011

TAVARES, J [et al.]. Manual de Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem. Porto: Porto Editora, 2007.

THE NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS. College Students Speak: A Survey Report on Mental Health. EUA. 2012.

THORNICROFT, G. (2006). Shunned: discrimination against people with mental illness. *Oxford (GB): Oxford University Press*.

TONES, K. Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 2002, Nº 3, Volume 17, pp. 287-290.

VAIGANKAR, J. Subramaniam, M. Wei, Y. Abdin, E. et al. Psychometric properties and population norms of the positive mental health instrument in a representative multi-ethnic Asian population. *BMC Medical Research Methodology*, 2018, V.18, Nº29.

VEIT, C. Ware J. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983, V.51, Nº5, pp. 730-742.

VILELAS, J. Investigação: O processo de Construção do Conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo. 2009.

WAGNER, C. Steptoe, A. Wolf, S. Wardle, J. Health Literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health education & behavior*, 2009, V. 36, pp. 860-877.

WALTZ, C., Strick , O., & Lenz, E. (2017, 5ªed.). *Measurement in Nursing Research*. Philadelphia: Springer Publishing Company, LLC.

WARMERDAM, L. Straten, A. Jongsma, J. et al. Online cognitive behavioural therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: exploring mechanisms of change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol.41, N. 1, pp. 64-70, 2010.

WEI, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BioMedical Central Psychiatry*, 2016, Nº16, V.297.

WINZER, R. Lindberg, L. Guldbrandsson, K. Sidorchuk, A. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 2018, V.2, Nº. 6, pp. 1-27.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Officials records of the world health organization, United Nations, World Health Organization. Genebra: Interim commission. 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The mental health report - Mental health: the new understanding new hope. Genebra: World Health Organization. 2001a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization . Fact sheet, N.220, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening mental health. Resolution of the Executive Board of the WHO. Genebra: World Health Organization. 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report. Genebra: World Health Organization. 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World. Geneva: WHO, 2005a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genebra: WHO. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Millions with mental disorders deprived of treatment and care. [em linha]. 2008. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr37/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Documento De Debate De La WHO Proyecto de declaración de World Health Organization, Comissão para os determinantes de saúde. *Redução das*

*desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. Genebra: WHO. 2010.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION. health literacy: the solid facts. *Geneva: WHO Regional Office for Europe*, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Atlas 2014. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. SHANGHAI sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: garantizar la salud y el bienestar sostenibles para todos. Genebra: WHO. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDP) for the Control and Management of NCDs: Concept Note for WHO GCM/NCD Working Group 3.3 on Health Education and Health Literacy for NCDs. Genebra: WHO. 2017. Disponível em <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/GCM-NCD-Health-Literacy-Demonstration-Projects.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: Datos y cifras* [em linha]. 2018. Disponível em <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depresión* [em linha]. 2018. Disponível em <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Zubrick S & Kovess-Masfety M (2005) Indicators of mental health. In: H Herrman, S Saxena & R Moodie (Eds) *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and University of Melbourne. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice | Request PDF. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/233517294\\_Addressig\\_the\\_Determinants\\_of\\_Positive\\_Mental\\_Health\\_Concepts\\_Evidence\\_and\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/233517294_Addressig_the_Determinants_of_Positive_Mental_Health_Concepts_Evidence_and_Practice).



## ANEXOS



**Anexo 1. Operacionalização das variáveis incluídas na Caracterização Sociodemográfica.**

Variável	Indicadores	Tipo de Variável
Sexo	Feminino; masculino	Qualitativa nominal dicotômica
Idade	Numérico	Quantitativa contínua
Ano escolar	1º, 2º, 3º, 4º	Qualitativa ordinal
Estado Civil	Solteiro; casado; divorciado	Qualitativa nominal
Deslocado da residência habitual	Sim; Não	Qualitativa nominal dicotômica
Distância da residência habitual à escola	>10 Km; <10 Km	Qualitativa ordinal
Tempo médio em transportes até à faculdade	<30 min; <30 min; 1 hora; >1hora	Qualitativa ordinal
Com quem vive	Sozinho; Com colegas; Com família	Qualitativa nominal
Horas para atividades de lazer/sociais	<8; 8-10; 11-13; 14-16; >16	Qualitativa ordinal
Matrícula na primeira opção	Sim; Não	Qualitativa nominal dicotômica
Disciplinas atrasadas	Sim; Não	Qualitativa nominal dicotômica
Sentimento de pressão face ao rendimento escolar	Sim; Não	Qualitativa nominal dicotômica
Conjugação de trabalho e estudos	Sim; Não	Qualitativa nominal dicotômica
Horas de trabalho semanais	<17; 17-22; 23-28; 28-33; >33	Qualitativa ordinal



## Anexo 2. Autorização para uso do QSM+.

31/01/2018

Correio – Adriana Loureiro – Outlook

RE: Solicitação de autorização para uso do QSMP

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>

qua 31/01/2018, 15:29

Para: Adriana Loureiro <adrianaloureiro14@live.com.pt>;

Cc: José Carlos Carvalho <zecarlos@esenf.pt>;

Exma. Adriana Loureiro

Conforme solicitado, informo que estão autorizadas a utilizar o Questionário de Saúde Mental Positiva, validado para a população Portuguesa, no vossso intervenção.

O instrumento deve ser utilizado na íntegra e não pode ser adulterado.

As regras de cotação estão publicadas no artigo de validação.

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

NOTAS:

Relativamente ao seu trabalho e aos objetivos que descreve para o mesmo, parecem-me demasiados para um trabalho de mestrado, mas isso fica ao avaliar a literacia e desenvolver um programa de intervenção de promoção de saúde mental...

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Votos de bom trabalho.

Carlos Sequeira

---

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NursiD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS - center for health technology and services research - FMU

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

[https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Sequeira2](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2)

---

De: Adriana Loureiro [mailto:adrianaloureiro14@live.com.pt]

Enviada: 31 de janeiro de 2018 14:22

Para: Carlos Sequeira <dir.spsm@gmail.com>; carlossequeira@esenf.pt

Cc: José Carlos Carvalho <zecarlos@esenf.pt>

Assunto: Solicitação de autorização para uso do QSMP

Ex.mo Sr. Professor Carlos Sequeira,

No âmbito da dissertação de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que estou a desenvolver com a orientação do Prof. J. Carvalho, intitulada "*Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo*".

Com o objetivo de:

- avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem;
- avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem;
- contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem através do apoio fornecido para a prática clínica;
- desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para promoção da saúde mental nos estudantes de enfermagem.

Desse modo solicito a sua autorização para utilização do *Questionário de Saúde Mental Positiva*.

Cumprimentos,

Adriana Loureiro (ep6837)



### Anexo 3. Autorização para uso do MHLS.

12/02/2018

Correio – Adriana Loureiro – Outlook

#### MHLS article

Matt O'Connor <M.O'Connor@stpeters.qld.edu.au>

seg 12/02/2018, 01:51

Para: adrianaloureiro14@live.com.pt; <adrianaloureiro14@live.com.pt>;

Hi Adriana,

Thank you very much for your interest in the MHLS, it is always a pleasure to hear from a researcher with a similar interest in this area. I can confirm the permission to use the MHLS in your thesis

For the questions relating to Australia, we have been suggesting that researchers look at population level data for their country and modify the answer addition, given the changes in the DSM 5, we are suggesting that you modify:

Q5 to: To what extent do you think it is likely that Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) is a disorder

Q8 to: To what extent do you think it is likely that the diagnosis of Substance Abuse Disorder can include physical and psychological tolerance of the drug (more of the drug to get the same effect)

I would also be really interested in looking at opportunities to collaborate if you do pursue this. I've attached the article and a copy of the MHLS for you

Matt



Matt O'Connor

Bachelor of Psychological Science (Honours), Doctor of Psychology (Clinical), AMAPS

Counsellor

St Peter's Lutheran College

PO Box 111

66 Harts Road

Indooroopilly QLD 4068

Ph: 07 3377 6281 (Direct)

Email: m.o'connor@stpeters.qld.edu.au



<https://www.eheadspace.org.au/>

<http://au.reachout.com/>





#### Anexo 4. Relatório de divergências e síntese de traduções (T-12).

A 27 de abril de 2018 realizou-se a reunião entre os tradutores (bilingues) da versão original para português e o investigador principal, com o objetivo de elaborar a síntese das duas versões traduzidas em língua portuguesa, mantendo as equivalências conceptual e linguística dos diferentes itens com a versão original do *Mental Health Literacy Scale* (HMLS) de Matt O'Conner e Leanne Casey (2015).

Este trabalho trata-se de uma das etapas da pesquisa que se pretende fazer no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, por Adriana Cardoso Loureiro. Tem por finalidade: avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem; avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem; contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem através do apoio fornecido para a prática clínica; e, desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para promoção da saúde mental nos estudantes de enfermagem.

Assim à data mencionada as partes referidas reuniram, com recurso a conferência via *SKYPE*. Esta iniciou pelas 9 horas e terminou pelas 11h. Teve por objetivos:

- Comparar as duas versões traduzidas
- Elaborar uma versão única em língua portuguesa da HMLS, preservando as equivalências conceptual e linguística com o original
- Elaborar uma versão única em língua portuguesa da HMLS que seja de fácil compreensão.

As divergências e similaridades encontradas neste processo encontram-se descritas na tabela seguinte. Havendo consenso dos participantes na síntese das traduções que se obteve deste processo.

Título	T1 “Escala de Literacia em Saúde Mental” e T2 “Escala de Literacia em Saúde Mental” não apresentam diferença semântica.
Introdução	T1 “Ao responder tenha em atenção que estamos interessados no seu nível de conhecimento, por isso ao escolher a sua resposta considere que:” e T2 “Ao escolher a sua resposta considere que:” optou-se por T1 como equivalente semântico de “When responding, we are interested in your degree of knowledge. Therefore when choosing your response, consider that:” na versão original
Respostas	T1 “considero” e T2 “considera” optou-se por T1 como equivalente semântico de “I am certain” na versão original.
Questão 1	T1 e T2 não apresentam diferença semântica significativa.
Questão 2	T1 “Quando uma pessoa...” e T2 “Se alguém...” optou-se por T2 como equivalente semântico de “If someone...” na versão original.
Questão 3	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 4	T1 “...as <b>Perturbações da Personalidade</b> são...” e T2 “...a <b>Perturbação da Personalidade</b> é...” optou-se por T1 como equivalente semântico da versão original.
Questão 5	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 6	T1 “... a possibilidade de se retirar...” e T2 “...onde a possibilidade de se retirar...” optou-se por T2 como equivalente semântico de “... where escape may be difficult...” na versão original.
Questão 7	T1 “...inclui vivenciar...” T2 “...inclui experimentar...” optou-se por T2 como equivalente semântico de “... includes experiencing...” na versão original.

Questão 8	T1 e T2 não apresentam diferença semântica significativa.
Questão 9	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 10	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Informação intermédia	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Respostas	T1 e T2 não apresentam diferença semântica significativa.
Questão 11	T1 “E que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções (tornando-se ansiosa e/ou depressiva), <b>melhorar a qualidade do seu sono?</b> ” T2 “Em que medida considera que seria benéfico <b>melhorar a qualidade do seu sono</b> para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções (tornando-se ansiosa e/ou depressiva)?...” optou-se por T2 como equivalente semântico de “...To what extent do you think it would be helpful for someone to <b>improve their quality of sleep</b> if they were having difficulties managing their emotions (e.g., becoming very anxious or depressed)...” na versão original.
Questão 12	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 13	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 14	T1 “... <i>Se há o risco imediato de danos para você ou para outros ...</i> ” T2 “... <i>Se está no risco imediato de danos para si ou para os outros...</i> ” optou-se por T1 como equivalente semântico de “... <i>If you are at immediate risk of harm to yourself or others...</i> ” na versão original.
Questão 15	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Informação intermédia	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Respostas	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 16	T1 “...sobre doença mental.” e T2 “...sobre problemas de saúde mental.” Optou-se por T1 como equivalente semântico de “...about mental illness” na versão original
Questão 17	T1 e T2 não apresentam diferença semântica significativa.
Questão 18	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 19	T1 “...obter informações sobre Doença mental.” e T2 “...posso usar para obter informações sobre transtornos mentais...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...can use to seek information about mental illness” na versão original.
Questão 20	T1 “...com doenças mentais ...” e T2 “...com perturbações mentais...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...with a mental illness...” na versão original.
Questão 21	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 22	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 23	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 24	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 25	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 26	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 27	T1 “...doença mental...” e T2 “...transtorno mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 28	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Respostas	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.
Questão 29	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 30	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 31	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.

Questão 32	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 33	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 34	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Questão 35	T1 “...doença mental...” e T2 “...perturbação mental...” optou-se por T1 como equivalente semântico de “...mental illness...” na versão original.
Nota final	T1 e T2 não apresentam diferença semântica.



## Anexo 5. Relatório de divergências e síntese de retroversões (RV12).

A 10 de maio de 2018 realizou-se a reunião entre os tradutores (bilingues), da versão obtida em português para inglês, e o investigador principal, com o objetivo de elaborar a síntese das duas versões traduzidas em língua inglesa, mantendo as equivalências conceptual e linguística dos diferentes itens com a síntese das traduções e a versão original do *Mental Health Literacy Scale* (HMLS) de Matt O'Conner e Leanne Casey (2015).

Este trabalho trata-se de uma das etapas da pesquisa que se pretende fazer no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, por Adriana Cardoso Loureiro. Tem por finalidade: avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem; avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem; contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem através do apoio fornecido para a prática clínica; e, desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para promoção da saúde mental nos estudantes de enfermagem.

Assim à data mencionada as partes referidas reuniram, com recurso a conferência via *SKYPE*. Esta iniciou pelas 9 horas e terminou pelas 11h. Teve por objetivos:

- Comparar as duas versões traduzidas com a versão original
- Elaborar uma versão única em língua inglesa da HMLS, preservando as equivalências conceptual e linguística com o original
- Elaborar uma versão única em língua inglesa da HMLS que seja de fácil compreensão.

As divergências e similaridades encontradas neste processo encontram-se descritas na tabela seguinte. Havendo consenso dos participantes na síntese das traduções que se obteve deste processo.

Título	RV1 "Mental Health Literacy Scale" e RV2 "Literacy scale in Mental Health" optou-se pela por RV1 como equivalente semântico de "Escala de Literacia em Saúde Mental" na versão traduzida e equivalente semântico de "Mental Health Literacy Scale" na versão original
Introdução	RV1 "The purpose of the following questions. .:" e RV2 "The aim with these questions.." optou-se pela por RV1 como equivalente semântico de "O objetivo das seguintes questões." Na versão traduzida e equivalente semântico de "The purpose of these questions..." na versão original
Respostas	RV1 "I do not think this is possible" e RV2 "considers that it is not possible" optou-se por RV1 como equivalente semântico de "considero que isso não é possível" na versão traduzida e equivalente semântico de "I am certain that it is NOT likely" na versão original
Questão 1	RV1 "...do you consider that person has <b>Social Phobia</b> ?" e RV2 "do you consider that this person has social anxiety?" optou-se pela RV1 como equivalente semântico de "considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?" na versão traduzida e equivalente semântico de "...is likely they have <b>Social Phobia</b> " na versão original
Questão 2	RV1 "When a person experiences excessive worry in a situation or in a series of events or activities..." e RV2 "When someone gets worried and stress about a situation or activities" optou-se pela RV1 como equivalente semântico de "Quando uma pessoa vivencia uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades" na versão traduzida e equivalente semântico de "If someone experienced excessive worry about a number of events or activities..." na versão original.

Questão 3	RV1 “...experiences decreased moods for two or more weeks...” e RV2 “...experience mood swings for two or more weeks...” optou-se pela RV1 como equivalente semântico de “...diminuição do humor durante duas ou mais semanas...” na versão traduzida e equivalente semântico de “...experienced a low mood for two or more weeks...” na versão original
Questão 4	RV1 “...considered a category of mental illness?” e RV2 “...considered a Mental Health Disorder?” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...são uma categoria de doenças mentais?” na versão traduzida e equivalente semântico de “...are a category of mental illness” na versão original
Questão 5	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas sendo ambos equivalentes à versão original
Questão 6	RV1 “...about situations where escaping is difficult or embarrassing?” e RV2 “...in situations where is difficult or embarrassing?” optou-se pela RV1 como equivalente semântico de “a possibilidade de se retirar seja difícil ou constrangedora?” na versão Traduzida e equivalente semântico de “...situations where escape may be difficult or embarrassing” na versão original
Questão 7	RV1 “...periods of alternation between elevation and decreased mood?” e RV2 “...include alterations on the person humour for long periods of time.” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...períodos de alternância entre a elevação e a diminuição do humor?” na versão traduzida e equivalente semântico de “...experiencing periods of elevated (i.e., high) and periods of depressed (i.e., low) mood” na versão original
Questão 8	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas significativas e ambas equivalentes à versão original
Questão 9	RV1 “...more likely to experience a mental disorder of any kind than men?” e RV2 “...are more subjective to experience Mental Health problems of any type than man?” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...estão mais propensas a vivenciar uma doença mental, de qualquer tipo, do que os homens?” na versão traduzida e equivalente semântico de “...MORE likely to experience a mental illness of any kind compared to men” na versão original
Questão 10	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas e ambas equivalentes à versão original
Informação intermédia	RV1 “...consider that:” e RV2 “...please consider the following:” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...considere que:” na versão traduzida e “...consider that:” na versão original
Respostas	RV1 “I’m sure it is NOT useful” e RV2 “I am not sure it is useful” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “tenho a certeza de que NÃO é útil” e equivalente semântico de “I am certain that it is NOT helpful / Unhelpful” na versão original
Questão 11	RV1 “To what extent would it be beneficial for a person...” e RV2 “What do you consider being more beneficial for a person...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa...” na versão traduzida e equivalente semântico de “To what extent do you think it would be helpful for someone...” na versão original
Questão 12	RV1 “To what extent do you think...” e RV2 “What do you consider being...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Em que medida considera ...” na versão traduzida e equivalente semântico de “To what extent do you think...” na versão original
Questão 13	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas e ambas equivalentes à versão original
Questão 14	RV1 “...If you are at immediate risk of harm to yourself or others” e RV2 “...If the patient is a threatening his own and others life” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...Se há o risco imediato de danos para você ou para outros” na versão traduzida e equivalente semântico de “...If

	<i>you are at immediate risk of harm to yourself or others</i> ” na versão original
Questão 15	RV1 “...To what extent do you think the following statement is likely to be a condition that allows a mental health professional to <b>breach confidentiality</b> :...” e RV2 “...In witch cases do you think this could be applicable:...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b> ...” e equivalente semântico de “...To what extent do you think it is likely that the following is a condition that would allow a mental health professional to <b>break confidentiality</b> :...” na versão original
Informação intermédia	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas e ambas equivalentes à versão original
Respostas	RV1 “Strongly Disagree...” e RV2 “Totally disagree...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Discordo totalmente...” na versão traduzida e equivalente semântico de “Strongly disagree...” na versão original
Questão 16	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas significativas e ambas equivalentes à versão original
Questão 17	RV1 “...information about mental illness.” e RV2 “...about mental health.” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “... informações sobre doença mental.” Na versão traduzida e equivalente semantico de “about mental illness...” na versão original
Questão 18	RV1 “I belive that in a face-to-face consultation with a general practitioner...” e RV2 “I think if I have an appointment with my GP...” optou-se por RV1 como equivalente semantico de “Considero que numa consulta presencial com o médico de família...” na versão traduzida e equivalente semantico de “I am confident attending face to face appointments...” da versão original
Questão 19	RV1 “...information about mental illness...” e RV2 “...information about mental health...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...informações sobre Doença mental.” Na versão traduzida e equivalente semantico de “...information about mental illness” na versão original
Questão 20	RV1 “People with mental illness...” e RV2 “A person with mental health issues...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Pessoas com doenças mentais” o equivalente semântico de “Pessoas com doenças mentais...” na versão traduzida e equivalente semântico de “People with a mental illness” na versão original
Questão 21	RV1 “A mental illness...” e RV2 “Mental health problems...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Uma doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico de “A mental illness...” na versão original
Questão 22	RV1 “A mental illness...” e RV2 “Mental health issues...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Uma doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico de “A mental illness...” na versão original
Questão 23	RV1 “...with mental illness...” e RV2 “...with mental health issues...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “... com doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico de “...with a mental illness...” na versão original
Questão 24	RV1 “...so I do not develop the same problem..” E RV2 “...in that way I develop problems of own.” Optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...assim não corro o risco de desenvolver o mesmo problema.”na versão traduzida e equivalente semântico de “...that you don't develop this problem” na versão original
Questão 25	RV1 “If I had a mental illness...” e RV2 “If I had a mental health issue...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Se eu tivesse uma doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico a “If I had a mental illness...” na versão original
Questão 26	RV1 “Seeking a mental health professional means...” e RV2 “Seeking help from a metal health professional means” optou-se por RV1 como

	equivalente semântico de “Procurar um profissional de saúde mental significa...” na versão traduzida e equivalente semântico de “Seeing a mental health professional means” na versão original
Questão 27	RV1 “If I had a mental illness, ...” e RV2 “If I had a mental health issue...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Se eu tivesse uma doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico de “If I had a mental illness...” na versão original
Questão 28	RV1 “I believe that the treatment for a mental illness...” e RV2 “Do you believe that mental health treatment...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Acredito que o tratamento para uma doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico de “I believe treatment for a mental illness, ...” na versão original
Respostas	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas ambas equivalentes à versão original
Questão 29	RV1 “Would you be willing to move ...” e RV2 “Would you move to...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Estaria disposto a mudar-se...” na versão traduzida e equivalente semântico de “How willing would you be to move ...” na versão original
Questão 30	RV1 “Would you be willing to socialize one evening...” e RV2 “Would you go on a night out...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Estaria disposto a socializar uma noite com...” na versão traduzida e equivalente semântico de “How willing would you be to spend an evening socialising...” na versão original
Questão 31	RV1 “Would you be willing to make friends...” e RV2 “Would be able to be friends with someone that has Mental Health issues?” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Aceitaria fazer amizade...” na versão traduzida e equivalente semântico de “How willing would you be to make friends...” na versão original
Questão 32	RV1 “Would you agree to start working directly with someone...” e RV2 “Would you be comfortable working with someone next to you...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “Aceitaria começar a trabalhar directamente com alguém...” na versão traduzida e equivalente semântica de “How willing would you be to have someone...” na versão original
Questão 33	RV1 “...with a mental illness ...” e RV2 “...with mental disorder...” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...com uma doença mental...” na versão traduzida e equivalente semântico de “...a mental illness...” na versão original
Questão 34	RV1 “... he had a mental illness?” e RV2 “...with mental health issues?” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...que tem uma doença mental?” na versão traduzida e equivalente semântico de “...they had suffered a mental illness?” na versão original
Questão 35	RV1 “...he had a mental illness?” e RV2 “...with mental health issues?” optou-se por RV1 como equivalente semântico de “...tem uma doença mental” na versão traduzida e equivalente semântico de “...knew they had a mental illness?” na versão original
Nota final	RV1 e RV2 sem diferenças semânticas ambas equivalentes à versão original



**Anexo 6.** Questionário usado na avaliação pelo painel de peritos.

Título			
Original em Inglês	Mental Health Literacy Scale		
Síntese Tradução	Escala de Literacia em Saúde Mental		
Síntese Retroversão	Mental Health Literacy Scale		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Introdução			
Original em Inglês	The purpose of these questions is to gain an understanding of your knowledge of various aspects to do with mental health. When responding, we are interested in your degree of knowledge. Therefore when choosing your response, consider that:		
Síntese Tradução	O objetivo das seguintes questões é saber o seu nível de conhecimento sobre vários aspetos relativos à Saúde Mental. Ao responder tenha em atenção que estamos interessados no seu nível de conhecimento, por isso ao escolher a sua resposta considere que:		
Síntese Retroversão	The purpose of the following questions is to know your level of knowledge about various aspects of Mental Health. When answering please note that we are interested in your level of knowledge, so when choosing your answer consider that:		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Respostas			
Original em inglês	Very unlikely = I am certain that it is NOT likely Unlikely = I think it is unlikely but am not certain Likely = I think it is likely but am not certain Very Likely = I am certain that it IS very likely		
Síntese Tradução	Muito pouco provável = considera que isso não é possível Pouco provável = penso que é impossível, mas não tenho certeza Provável = penso que é possível, mas não tenho certeza Muito Provável = considera que isso é muito possível		
Síntese Retroversão	Very unlikely = I do not think that is possible Unlikely = I think it's impossible, but I'm not sure Likely = I think it's possible, but I'm not sure Very Likely = I think this is very possible		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 1			
Original em inglês	If someone became extremely nervous or anxious in one or more situations with other people (e.g., a party) or performance situations (e.g., presenting at a meeting) in which they were afraid of being evaluated by others and that they would act in a way that was humiliating or feel embarrassed, then to what extent do you think it is likely they have <b>Social Phobia</b>		
Síntese Tradução	Se uma pessoa fica extremamente nervosa e ansiosa em situações de interação com outras pessoas (p. ex. numa festa) ou apresentações (ex. apresentação numa reunião) onde tem receio de estar a ser avaliada por terceiros e começa a agir de forma humilhante ou sente-se embaraçada, considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?		
Síntese Retroversão	If a person becomes extremely nervous and anxious in situations of interaction with others (eg at a party) or performances (eg presentation at a meeting) where he or she is afraid of being evaluated by others and begins to act in a humiliating way or feels embarrassed, do you consider that person has <b>Social Phobia</b> ?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 2			
Original em inglês	If someone experienced excessive worry about a number of events or activities where this level of concern was not warranted, had difficulty controlling this worry and had physical symptoms such as having tense muscles and feeling fatigued then to what extent do you think it is likely they have <b>Generalised Anxiety Disorder</b>		
Síntese Tradução	Quando uma pessoa vivencia uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades nas quais o nível de preocupação/stress não se justifica e por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba por desenvolver sintomas físicos como: postura tensa e/ou sensação de fadiga. Considera que essa pessoa tem <b>Perturbação de Ansiedade Generalizada</b> ?		
Síntese Retroversão	When someone gets worried and stress about a situation or activities in what the level of stress that the person is experiencing is not justified for the situation normally has difficulty in controlling it and can end up developing symptoms like tense posture or feeling of fatigue. Do you think this person has <b>Generalizes Anxiety Disorder</b> ?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 3			
Original em inglês	If someone experienced a low mood for two or more weeks, had a loss of pleasure or interest in their normal activities and experienced changes in their appetite and sleep then to what extent do you think it is likely they have <b>Major Depressive Disorder</b>		
Síntese Tradução	Quando uma pessoa vivencia diminuição do humor durante duas ou mais semanas, diminuição do prazer e do interesse nas suas atividades normais, mudanças no apetite e no padrão de sono, na sua opinião essa pessoa tem <b>Transtorno Depressivo Maior</b> ?		
Síntese Retroversão	When a person experiences decreased moods for two or more weeks, had a loss of pleasure and interest in their normal activities, changes in appetite and sleep pattern, in your opinion does this person have <b>Major Depressive Disorder</b> ?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 4			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that <b>Personality Disorders</b> are a category of mental illness		
Síntese Tradução	Na sua opinião as <b>Perturbações da Personalidade</b> são uma categoria de doenças mentais?		
Síntese Retroversão	Do you think it is likely that <b>Personality Disorders</b> are considered a category of mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 5			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that <b>Persistent Depressive Disorder</b> is a disorder		
Síntese Tradução	Na sua opinião o <b>Transtorno depressivo persistente</b> é considerado um transtorno mental?		
Síntese Retroversão	In your opinion is <b>Persistent Depressive Disorder</b> considered a mental disorder?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 6			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that the diagnosis of <b>Agoraphobia</b> includes anxiety about situations where escape may be difficult or embarrassing		
Síntese Tradução	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Agorafobia</b> inclui a ansiedade em situações, durante as quais, a possibilidade de se retirar seja difícil ou constrangedora?		
Síntese Retroversão	Do you think it is likely that the diagnosis of <b>Agoraphobia</b> includes anxiety about situations where escaping is difficult or embarrassing?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 7			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that the diagnosis of <b>Bipolar Disorder</b> includes experiencing periods of elevated (i.e., high) and periods of depressed (i.e., low) mood		
Síntese Tradução	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Transtorno Bipolar</b> inclui vivenciar períodos de alternância entre a elevação e a diminuição do humor?		
Síntese Retroversão	In your opinion does the diagnosis of <b>Bipolar Disorder</b> include experiencing periods of alternation between elevation and decreased mood?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 8			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that the diagnosis of <b>Substance Abuse Disorder</b> includes physical and psychological tolerance of the drug (i.e., require more of the drug to get the same effect)		
Síntese Tradução	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Abuso de substâncias</b> inclui a tolerância física e psicológica (i.e., é necessária uma quantidade maior de droga para obter o mesmo efeito)?		
Síntese Retroversão	Do you think it is possible that the diagnosis of <b>Substance Abuse Disorder</b> includes physical and psychological tolerance (i.e. more drugs are needed to achieve the same effect)?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 9			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that in general in Australia, <b>women are MORE likely to experience a mental illness of any kind compared to men</b>		
Síntese Tradução	De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, as <b>mulheres estão mais propensas a vivenciar uma doença mental, de qualquer tipo, do que os homens?</b>		
Síntese Retroversão	In general, in your opinion, in Portugal, are <b>women more likely to experience mental illness of any kind than men?</b>		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 10			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that in general, in Australia, <b>men are MORE likely to experience an anxiety disorder compared to women</b>		
Síntese Tradução	De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, os <b>homens estão mais propensos a vivenciar transtorno de ansiedade do que as mulheres?</b>		
Síntese Retroversão	In general, in your opinion, in Portugal, are <b>men more likely to experience anxiety disorder than women?</b>		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Informação intermédia			
Original em inglês	When choosing your response, consider that:		
Síntese Tradução	Ao escolher a sua resposta, considere que:		
Síntese Retroversão	When choosing your answer, consider that:		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Respostas			
Original em inglês	Very Unhelpful = I am certain that it is NOT helpful Unhelpful = I think it is unhelpful but am not certain Helpful = I think it is helpful but am not certain Very Helpful = I am certain that it IS very helpful		
Síntese Tradução	Muito inútil = estou certo de que NÃO é útil Inútil = acho que é inútil, mas não tenho certeza Útil = Eu acho que é útil, mas não tenho certeza Muito útil = estou certo de que é muito útil		
Síntese Retroversão	Very useless = I'm sure it is NOT useful Useless = I think it's useless, but I'm not sure Useful = I think it's useful, but I'm not sure Very useful = I'm sure it's very useful		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 11			
Original em inglês	To what extent do you think it would be helpful for someone to <b>improve their quality of sleep</b> if they were having difficulties managing their emotions (e.g., becoming very anxious or depressed)		
Síntese Tradução	Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções (tornando-se ansiosa e/ou depressiva), <b>melhorar a qualidade do seu sono?</b>		
Síntese Retroversão	To what extent would it be beneficial for a person with difficulty managing their emotions (becoming anxious and / or depressed) <b>to improve the quality of their sleep?</b>		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 12			
Original em inglês	To what extent do you think it would be helpful for someone to <b>avoid all activities or situations that made them feel anxious</b> if they were having difficulties managing their emotions		
Síntese Tradução	Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções <b>evitar atividades ou situações que a fazem sentir-se ansiosa?</b>		
Síntese Retroversão	To what extent do you think it would be beneficial for a person with difficulty managing their emotions to <b>avoid activities or situations that make them feel anxious?</b>		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 13			
Original em inglês	To what extent do you think it is likely that <b>Cognitive Behaviour Therapy (CBT)</b> is a therapy based on challenging negative thoughts and increasing helpful behaviours		
Síntese Tradução	Na sua opinião a <b>Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</b> baseia-se em enfrentar pensamentos negativos e aumentar os comportamentos benéficos?		
Síntese Retroversão	In your opinion, <b>Cognitive-Behavioural therapy (CBT)</b> is based on facing negative thoughts and increasing beneficial behaviours?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	
Sugestão de alteração			

Questão 14			
Original em inglês	Mental health professionals are bound by confidentiality; however there are certain conditions under which this does not apply. To what extent do you think it is likely that the following is a condition that would allow a mental health professional to <b>break confidentiality</b> : <i>If you are at immediate risk of harm to yourself or others</i>		
Síntese Tradução	Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b> : <i>Se há o risco imediato de danos para você ou para outros</i>		
Síntese Retroversão	Mental health professionals must respect confidentiality, however under certain conditions this does not apply. To what extent do you think the following statement is likely to be a condition that allows a mental health professional to <b>breach confidentiality</b> : <i>If you are at immediate risk of harm to yourself or others</i>		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	
Sugestão de alteração			

Questão 15			
Original em inglês	<p>Mental health professionals are bound by confidentiality; however there are certain conditions under which this does not apply.</p> <p>To what extent do you think it is likely that the following is a condition that would allow a mental health professional to <b>break confidentiality</b>:</p> <p><i>if your problem is not life-threatening and they want to assist others to better support you</i></p>		
Síntese Tradução	<p>Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica.</p> <p>Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b>:</p> <p>Se não está em risco de vida e os profissionais de saúde querem <b>quebrar a confidencialidade</b> para assistir outros para que o possam apoiar melhor</p>		
Síntese Retroversão	<p>Mental health professionals must respect confidentiality, however under certain conditions this does not apply.</p> <p>To what extent do you think the following statement is likely to be a condition that allows a mental health professional to <b>breach confidentiality</b>:</p> <p><i>if your problem is not life-threatening and they want to assist others to better support you</i></p>		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Informação intermédia			
Original em inglês	Please indicate to what extent you agree with the following statements:		
Síntese Tradução	Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações		
Síntese Retroversão	Please indicate the level of agreement with the following statements.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Respostas			
Original em inglês	Strongly disagree Disagree Neither agree or disagree Agree Strongly agree		
Síntese Tradução	Discordo totalmente Discordo Nem Concordo ou Discordo Concordo Concordo totalmente		
Síntese Retroversão	Strongly Disagree I disagree Neither Agree or Disagree I agree I totally agree		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 16			
Original em inglês	I am confident that I know where to seek information about mental illness		
Síntese Tradução	Considero que sei onde obter informações sobre doença mental.		
Síntese Retroversão	I believe I know where to get information about mental illness.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 17			
Original em inglês	I am confident using the computer or telephone to seek information about mental illness		
Síntese Tradução	Tenho confiança no uso do computador ou telemóvel para procurar informações sobre doença mental.		
Síntese Retroversão	I have confidence in using a computer or phone to look for information about mental illness.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 18			
Original em inglês	I am confident attending face to face appointments to seek information about mental illness (e.g., seeing the GP)		
Síntese Tradução	Considero que numa consulta presencial com o médico de família (ou de clínica geral), obtenho informações sobre doença mental.		
Síntese Retroversão	belive that in a face-to-face consultation with a general practitioner, I get information about mental illness.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			



Questão 19			
Original em inglês	I am confident I have access to resources (e.g., GP, internet, friends) that I can use to seek information about mental illness		
Síntese Tradução	Estou confiante que tenho acesso a recursos (p. ex. profissionais de saúde, internet, amigos) que posso usar para obter informações sobre Doença mental.		
Síntese Retroversão	I am confident that I have access to resources (eg health professionals, the internet, friends) that I can use to get information about mental illness.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 20			
Original em inglês	People with a mental illness could snap out if it if they wanted		
Síntese Tradução	Pessoas com doenças mentais podem ficar curadas, apenas pela sua própria vontade.		
Síntese Retroversão	People with mental illness can be healed, just by their own will.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 21			
Original em inglês	A mental illness is a sign of personal weakness		
Síntese Tradução	Uma doença mental é um sinal de fraqueza pessoal.		
Síntese Retroversão	A mental illness is a sign of personal weakness.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 22			
Original em inglês	A mental illness is not a real medical illness		
Síntese Tradução	Uma doença mental não é realmente uma doença de índole medica.		
Síntese Retroversão	A mental illness is not really a medical illness.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 23			
Original em inglês	People with a mental illness are dangerous		
Síntese Tradução	Pessoas com doenças mentais são perigosas.		
Síntese Retroversão	People with mental illness are dangerous.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 24			
Original em inglês	It is best to avoid people with a mental illness so that you don't develop this problem		
Síntese Tradução	É melhor evitar pessoas com uma doença mental, assim não cooro o risco de desenvolver o mesmo problema.		
Síntese Retroversão	It is best to avoid people with mental illness, so I do not develop the same problem.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 25			
Original em inglês	If I had a mental illness I would not tell anyone		
Síntese Tradução	Se eu tivesse uma doença mental, não contaria a ninguém.		
Síntese Retroversão	If I had a mental illness I would not tell anyone.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 26			
Original em inglês	Seeing a mental health professional means you are not strong enough to manage your own difficulties		
Síntese Tradução	Procurar um profissional de saúde mental significa, que não sou forte o suficiente para lidar com as minhas próprias dificuldades.		
Síntese Retroversão	Seeking a mental health professional means that I'm not strong enough to deal with my own difficulties.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 27			
Original em inglês	If I had a mental illness, I would not seek help from a mental health professional		
Síntese Tradução	Se eu tivesse uma doença mental, não procuraria ajuda de um profissional da saúde mental.		
Síntese Retroversão	If I had a mental illness, I would not seek help from a mental health professional.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 28			
Original em inglês	I believe treatment for a mental illness, provided by a mental health professional, would not be effective		
Síntese Tradução	Acredito que o tratamento para uma doença mental, oferecido por profissionais na área da saúde mental, não seria eficaz.		
Síntese Retroversão	I believe that the treatment for a mental illness, offered by mental health professionals, would not be effective.		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Respostas			
Original em inglês	Definitely unwilling Probably unwilling Neither unwilling or willing Probably willing Definitely willing		
Síntese Tradução	Definitivamente sem vontade Provavelmente sem vontade Indiferente Provavelmente com vontade Definitivamente com vontade		
Síntese Retroversão	Definitely unwilling Probably unwilling Indifferent Probably willing Definitely willing		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 29			
Original em inglês	How willing would you be to move next door to someone with a mental illness?		
Síntese Tradução	Estaria disposto a mudar-se para um local em que um vizinho tivesse uma doença mental?		
Síntese Retroversão	Would you be willing to move to a place where a neighbour had a mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 30			
Original em inglês	How willing would you be to spend an evening socialising with someone with a mental illness?		
Síntese Tradução	Estaria disposto a socializar uma noite com uma pessoa que sofra de uma doença mental?		
Síntese Retroversão	Would you be willing to socialize one evening with a person suffering from mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quase o mesmo significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Significado diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão de alteração			

Questão 31			
Original em inglês	How willing would you be to make friends with someone with a mental illness?		
Síntese Tradução	Aceitaria fazer amizade com alguém que sofra de uma doença mental?		
Síntese Retroversão	Would you be willing to make friends with someone suffering from mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 32			
Original em inglês	How willing would you be to have someone with a mental illness start working closely with you on a job?		
Síntese Tradução	Aceitaria começar a trabalhar diretamente com alguém que sofra de uma doença mental?		
Síntese Retroversão	Would you agree to start working directly with someone suffering from mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 33			
Original em inglês	How willing would you be to have someone with a mental illness marry into your family?		
Síntese Tradução	Aceitaria que alguém com uma doença mental se casasse com um familiar seu?		
Síntese Retroversão	Would you agree that someone with a mental illness would marry a relative of yours?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 34			
Original em inglês	How willing would you be to vote for a politician if you knew they had suffered a mental illness?		
Síntese Tradução	Votaria num político se soubesse que ele teve uma doença mental?		
Síntese Retroversão	Would you vote for a politician if you knew he had suffered a mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Questão 35			
Original em inglês	How willing would you be to employ someone if you knew they had a mental illness?		
Síntese Tradução	Empregava alguém se soubesse que tem uma doença mental?		
Síntese Retroversão	Would you be willing to employ someone if you knew he had a mental illness?		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			

Nota final			
Original em inglês	<b>Scoring</b> Total score is produced by summing all items (see reverse scored items below). Questions with a 4-point scale are rated 1- very unlikely/unhelpful, 4 - very likely/helpful and for 5-point scale 1 - strongly disagree/definitely unwilling, 5 - strongly agree/definitely willing Reverse scored items: 10, 12, 15, 20-28 Maximum score - 160 Minimum score - 35		
Síntese Tradução	<b>Pontuação</b> A pontuação total é produzida pela soma de todos os itens (veja os itens com pontuação reversa abaixo). As perguntas com uma escala de 4 pontos são classificadas como 1- muito pouco prováveis / não úteis, 4 - muito provável / útil; e, para a escala de 5 pontos 1 - discorda fortemente / definitivamente não está disposto, 5 - concorda fortemente / definitivamente disposto Reverter itens marcados: 10, 12, 15, 20-28 Pontuação máxima - 160 Pontuação mínima - 35		
Síntese Retroversão	<b>Scoring</b> The total score is produced by the sum of all items (see items with reverse punctuation below). Questions with a 4-point scale are classified as 1- very unlikely / not useful, 4 - most likely / helpful; and, for the scale of 5 points 1 - strongly disagree / definitely not willing, 5 - strongly agree / definitely willing Reverse marked items: 10, 12, 15, 20-28 Maximum Score - 160 Minimum score - 35		
Comentário	Exatamente o mesmo significado		
	Quase o mesmo significado		
	Significado diferente		
Sugestão de alteração			



### Escala de Literacia em Saúde Mental

(O'Conner *et al.*, 2015, tradução Loureiro & Carvalho, 2018)

O objetivo das seguintes questões é saber o seu nível de conhecimento sobre vários aspetos relativos à Saúde Mental. Ao responder tenha em atenção que estamos interessados no seu nível de conhecimento, por isso ao escolher a sua resposta considere que:

- 1 = Muito pouco provável (considera que isso não é possível)
- 2 = Pouco provável (penso que é impossível, mas não tenho certeza)
- 3 = Provável (penso que é possível, mas não tenho certeza)
- 4 = Muito Provável (considera que isso é muito possível)

Nº	Questões	1	2	3	4
1	Se uma pessoa fica extremamente nervosa e ansiosa em situações de interação com outras pessoas (p. ex. numa festa) ou apresentações (ex. apresentação numa reunião) onde tem receio de estar a ser avaliada por terceiros e começa a agir de forma humilhante ou sente-se embaraçada, considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?				
2	Quando uma pessoa vivencia uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades nas quais o nível de preocupação/stress não se justifica e por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba por desenvolver sintomas físicos como: postura tensa e/ou sensação de fadiga. Considera que essa pessoa tem <b>Perturbação de Ansiedade Generalizada</b> ?				
3	Quando uma pessoa vivencia diminuição do humor durante duas ou mais semanas, diminuição do prazer e do interesse nas suas atividades normais, mudanças no apetite e no padrão de sono, na sua opinião essa pessoa tem <b>Transtorno Depressivo Maior</b> ?				
4	Na sua opinião as <b>Perturbações da Personalidade</b> são uma categoria de doenças mentais?				
5	Na sua opinião a <b>Distímia</b> é considerada um transtorno mental?				
6	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Agorafobia</b> inclui a ansiedade em situações, durante as quais, a possibilidade de se retirar seja difícil ou constrangedora?				
7	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Transtorno Bipolar</b> inclui vivenciar períodos de alternância entre a elevação e a diminuição do humor?				
8	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Dependência de Drogas</b> inclui a tolerância física e psicológica (i.e., é necessária uma quantidade maior de droga para obter o mesmo efeito)?				
9	De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, as <b>mulheres estão mais propensas a vivenciar uma doença mental, de qualquer tipo, do que os homens</b> ?				
10	De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, os <b>homens estão mais propensos a vivenciar transtorno de ansiedade do que as mulheres</b> ?				
11	Na sua opinião a <b>Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</b> baseia-se em enfrentar pensamentos negativos e aumentar os comportamentos benéficos?				
12	Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b> : <i>Se há o risco imediato de danos para você ou para outros</i>				

13	Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b> : Se não está em risco de vida e os profissionais de saúde querem <b>quebrar a confidencialidade</b> para assistir outros para que o possam apoiar melhor				
----	---	--	--	--	--

Ao escolher a sua resposta, considere que:

1 - Muito inútil (estou certo de que NÃO é útil); 2 - Inútil (acho que é inútil, mas não tenho certeza);  
3 - Útil (Eu acho que é útil, mas não tenho certeza); 4 - Muito útil (estou certo de que é muito útil)

Nº	Questões	1	2	3	4
14	Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções (tornando-se ansiosa e/ou depressiva), <b>melhorar a qualidade do seu sono?</b>				
15	Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções <b>evitar atividades ou situações que a fazem sentir-se ansiosa?</b>				

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem Concordo ou Discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente

Nº	Questões	1	2	3	4	5
16	Considero que sei onde obter informações sobre doença mental.					
17	Tenho confiança no uso do computador ou telemóvel para procurar informações sobre doença mental.					
18	Considero que numa consulta presencial com o médico de família (ou de clínica geral), obtenho informações sobre doença mental.					
19	Estou confiante que tenho acesso a recursos (p. ex. profissionais de saúde, internet, amigos) que posso usar para obter informações sobre Doença mental.					
20	Pessoas com doenças mentais podem ficar curadas, apenas pela sua própria vontade.					
21	Uma doença mental é um sinal de fraqueza pessoal.					
22	Uma doença mental não é realmente uma doença de índole médica.					
23	Pessoas com doenças mentais são perigosas.					
24	É melhor evitar pessoas com uma doença mental, assim não corro o risco de desenvolver o mesmo problema.					
25	Se eu tivesse uma doença mental, não contaria a ninguém.					
26	Procurar um profissional de saúde mental significa, que não sou forte o suficiente para lidar com as minhas próprias dificuldades.					
27	Se eu tivesse uma doença mental, não procuraria ajuda de um profissional da saúde mental.					
28	Acredito que o tratamento para uma doença mental, oferecido por profissionais na área da saúde mental, não seria eficaz.					

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1 - Definitivamente sem vontade; 2 - Provavelmente sem vontade; 3 - Indiferente; 4 - Provavelmente com vontade; 5 - Definitivamente com vontade

Nº	Questões	1	2	3	4	5
29	Estaria disposto a mudar-se para um local em que um vizinho tivesse uma doença mental?					
30	Estaria disposto a socializar uma noite com uma pessoa que sofra de uma doença mental?					
31	Aceitaria fazer amizade com alguém que sofra de uma doença mental?					
32	Aceitaria começar a trabalhar diretamente com alguém que sofra de uma doença mental?					
33	Aceitaria que alguém com uma doença mental se casasse com um familiar seu?					
34	Votaria num político se soubesse que ele teve uma doença mental?					
35	Empregava alguém se soubesse que tem uma doença mental?					



## Anexo 8. Parecer e O'Connor sobre a versão 1.0 na língua portuguesa do HMLS.

18/07/2018

Conexio - Adriana Loureiro - Outlook

**De:** Matt O'Connor <M.O'Connor@stpeters.qld.edu.au>  
**Enviado:** 16 de julho de 2018 01:37  
**Para:** Adriana Loureiro  
**Assunto:** RE: MMLS article

Hi Adriana,

Apologies for the delayed response – I have been away on holidays. Well done on getting the work to this point! Below are some comments...

- For the introduction and initial scale, the negative responses i.e. Very unlikely = I do not think that is possible, Unlikely = I think it's impossible, but I'm not sure – haven't quite translated correctly. Use of the word impossible suggests that there is no way it is possible. You could almost switch the two translations around and that would be somewhat more accurate
- As a general comment, for the recognition of disorder questions, I think it is important to include the bit at the start 'to what extent do you think it is likely...'. This was done so that people didn't feel like they had to say that a person did or did not but asks them to comment on the likelihood. This comment is true for the translations that have the phrase 'in your opinion'
- Q16, Q18 should use the word confidence

Well done!

Matt

---

**From:** Adriana Loureiro [mailto:[adrianaloureiro14@live.com.pt](mailto:adrianaloureiro14@live.com.pt)]  
**Sent:** Monday, 9 July 2018 6:11 AM  
**To:** Matt O'Connor <M.O'Connor@stpeters.qld.edu.au>  
**Subject:** Re: MMLS article

Dear Matt

I am sending you this e-mail to give you a feedback on my Masteres Degree Project. First of all I would like to apologize for the late feedback but I run into some problems getting the work approved by the Ethics Board of the Faculty.

At the moment I have finished the translation process of the Mental Health Literacy Scale you developed and validated. In this process I did 2 translation form English into Portuguese and two retroversion from Portuguese back into English. I submitted all 4 versions to an expert panel for analyses and definition of the equivalent version between the HMLS and the translation and retroversion Document.

I would like to ask you, if possible, is to have a look to the document I am sending you and give me your insight on the equivalence to the original version and other aspects you find relevant for the process.

Best Regards,

<https://outlook.live.com/mail/sd1AQQLADAwATMwMA3OCk3OS9zMGUwLTkwA0wMAcAEIAAaFDvOTBRLU3eH08QJw>

2/4



## Anexo 9. Autorização pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

18/05/2018

Correio - Adriana Loureiro - Outlook

### Parecer sobre o projeto: "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes...

ESEP - Serviço de Secretariado <secretariado@esenf.pt>

qui 03/05/2018, 11:02

Para: 'Adriana Loureiro' <adrianaloureiro14@live.com.pt>

1 anexos (94 KB)

Anexo 1\_Ata n.º 21\_2018.pdf;

Exma. Senhora  
Enfermeira Adriana Loureiro

Em referência ao assunto em epígrafe, remete-se para conhecimento e devidos efeitos, o parecer emitido pela Comissão de Ética referente ao mesmo, conforme Anexo da ata n.º 21/2018 da CE ESEP relativo ao projeto sob o título: "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo".  
Com os melhores cumprimentos,

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)

Secretariado

Email [secretariado@esenf.pt](mailto:secretariado@esenf.pt)

Telef +351 22 507 35 00



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt)

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://www.esenf.pt>

*Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas*

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Comissão de Ética



Parecer sobre o projeto: "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo"

Pedido de submissão à CE: 23/01/18 (fluxo 2018/211)

Documentos que compõem o processo de submissão:

- Pedido de apreciação e parecer à CE (MOD.102.00);
- Formulário de submissão de projeto de investigação à CE ESEP, subscrito pela investigadora principal Adriana Cardoso Loureiro, apresentado em 11 de abril de 2018 (MOD.92.00);
- Documento relativo à colheita de dados que inclui o procedimento de colheita de dados, a declaração de consentimento destinada à participação em estudos de investigação e o questionário com as partes: Caracterização Sociodemográfica, Saúde Mental Positiva e Mental Health Literacy Scale;
- Email resposta do autor Matt O'Connor a autorizar a utilização da Mental Health Literacy Scale (MHLS) na tese;
- Email resposta do autor Carlos Sequeira a autorizar a utilização do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSMP), validado para a população portuguesa.

**Natureza e contexto do Projeto**

O projeto decorre no contexto de formação da investigadora no segundo ciclo do ensino superior – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, onde se propõe a realização de um estudo de avaliação de saúde mental e literacia, recorrendo previamente à tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa da MHLS.

**Tipo de estudo e objetivos**

O estudo envolve a abordagem quantitativa, descritiva e correlacional, a decorrer até 29 de junho de 2018, com o objetivo de avaliar a saúde mental positiva e a literacia sobre a mesma em estudantes de enfermagem.



#### Metodologia

O desenho do estudo de investigação prevê a participação de estudantes ao responderem a um inquérito com três partes. A primeira para a caracterização sociodemográfica, com catorze questões, a segunda para a avaliação da saúde mental positiva (QSMF) dos estudantes, sobre trinta e nove afirmações, e a Mental Health Literacy Scale (MHLS), sobre 35 afirmações.

O uso do questionário da saúde mental positiva está autorizado pelo autor da validação para a realidade portuguesa e o uso da MHLS está autorizada pelo primeiro autor da mesma, havendo de ser utilizada depois de objeto de tradução, adaptação cultural e validação para a realidade portuguesa pela própria investigadora.

O processo de amostragem será não probabilístico por conveniência, da população de estudantes disponíveis a responderem ao questionário em papel dispensados aos estudantes de licenciatura, na sala de aula, constando de uma folha onde se encontra a forma de consentimento livre e esclarecido e onde está realçado que o preenchimento não tem implicação na avaliação dos estudantes, e tem caráter voluntário e anónimo.

#### Parecer

Embora a terceira parte do questionário esteja em inglês, depreende-se que o mesmo só será facultado para a avaliação da literacia em saúde mental, depois da tradução, adaptação cultural e validação para a realidade portuguesa, devendo estar salvaguardada a adesão esclarecida, voluntária e formalmente consentida, dos participantes neste processo.

Na realização do estudo de avaliação da saúde mental e literacia sobre a mesma, pelo questionário a aplicar aos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, estão presentes todas as garantias de adesão voluntária, do consentimento livre e previamente esclarecido, assim como a garantia do anonimato sobre as respostas dadas nos questionários. Recomenda-se, contudo, que deve ser avaliado entre a investigadora e o Coordenador do curso em que unidade(s) curricular(es) a colheita de dados deva ter lugar, devendo o consentimento informado, depois de preenchido e assinado, ser entregue separadamente e guardado em diferente local dos respetivos questionários respondidos, de forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados.

Também está descrita a metodologia de colheita de dados e estão presentes as autorizações expressas dos autores para a utilização do QASM e da MHLS.

Muito embora se reconheça que a investigação aqui em apreço possui um objeto de investigação muito extenso, para o contexto de aprendizagem de segundo ciclo do ensino superior, a CE valoriza a pertinência e a importância pedagógica do estudo, e não vê inconvenientes à realização da investigação, com base nas garantias descritas e dadas, contanto que se observem as recomendações acima enunciadas e, bem como o ajustamento do título do estudo, como a própria investigadora refere, ao não haver lugar ao desenvolvimento do aplicativo.

Anexo à Ata n.º 21/2018

Porto, 27 de abril de 2018

O Relator

António Santos

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'António Santos', written over the printed name.

A Coordenadora da CE da ESEP

Ana Paula França

Anexo 10. Questionário.

**Caracterização Sociodemográfica**

- |                                 |  |                                  |
|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <b>1. Sexo</b>                  | <b>2. Eu tenho ____ anos</b>                                       | <b>4. Estado Civil</b>           |
| <input type="radio"/> Feminino  |  | <input type="radio"/> Solteiro   |
| <input type="radio"/> Masculino | <b>3. Estou no ____ ano do curso da Licenciatura em enfermagem</b> | <input type="radio"/> Casado     |
|                                 |  | <input type="radio"/> Divorciado |

- 5. Está deslocado da sua residência habitual para frequentar o curso?**
- ☐ Não                      ☐ Sim

Responda apenas se a sua resposta for 'Sim'

- 5.1. Qual a distância da sua residência habitual da escola?**
- ☐ >10Kms da faculdade
- ☐ <10Kms da faculdade

- 5.2. Tempo médio gasto em transporte por dia na deslocação para a escola:**
- ☐ <30 minutos
- ☐ >30 minutos
- ☐ 1 hora
- ☐ >1 hora

- |   |   |
|---|---|
| <b>6. Durante o tempo letivo com quem vive?</b>   | <b>7. Quantas horas utiliza para atividades lazer/sociais? (Horas/semana)</b> |
| <input type="radio"/> Vive sozinho                | <input type="radio"/> <8  |
| <input type="radio"/> Partilha casa com colegas   | <input type="radio"/> 8-10  |
| <input type="radio"/> Partilha casa com a família | <input type="radio"/> 11-13   |
|   | <input type="radio"/> 14-16   |
|   | <input type="radio"/> >16   |

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>8. O curso onde se encontra matriculado foi a sua 1ª opção?</b> | <b>9. Tem disciplinas atrasadas?</b> |
| <input type="radio"/> Sim  | <input type="radio"/> Sim            |
| <input type="radio"/> Não  | <input type="radio"/> Não            |

- 10. Sente-se pressionado no seu rendimento escolar pelos seus familiares?**
- ☐ Sim                      ☐ Não

- 11. Conjuga algum trabalho com os estudos?**
- ☐ Não                      ☐ Sim

Responda apenas se a sua resposta for 'Sim'

- 11.1. Número de horas de trabalho por semana?**
- ☐ <17
- ☐ 17-22
- ☐ 23-28
- ☐ 28-33
- ☐ >33

## Questionário Saúde Mental Positiva

(Sequeira *et al.*, 2014)

Este questionário contém uma série de 39 afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um.

Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: sempre ou quase sempre, na maioria das vezes, algumas vezes, raramente ou nunca.

Nº	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas				
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem				
17	Procuro melhorar como pessoa				
18	Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos				
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
25	Penso nas necessidades dos outros				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal				
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				



29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada				
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais				
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)				
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
37	Gosto de ajudar os outros				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico				

## Escala de Literacia em Saúde Mental

(O'Conner *et al.*, 2015, tradução Loureiro & Carvalho, 2018)

O objetivo das seguintes questões é saber o seu nível de conhecimento sobre vários aspetos relativos à Saúde Mental. Ao responder tenha em atenção que estamos interessados no seu nível de conhecimento, por isso ao escolher a sua resposta considere que:

- 1 = Muito pouco provável (considera que isso não é possível)
- 2 = Pouco provável (penso que é impossível, mas não tenho certeza)
- 3 = Provável (penso que é possível, mas não tenho certeza)
- 4 = Muito Provável (considera que isso é muito possível)

Nº	Questões	1	2	3	4
1	Se uma pessoa fica extremamente nervosa e ansiosa em situações de interação com outras pessoas (p. ex. numa festa) ou apresentações (ex. apresentação numa reunião) onde tem receio de estar a ser avaliada por terceiros e começa a agir de forma humilhante ou sente-se embaraçada, considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?				
2	Quando uma pessoa vivencia uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades nas quais o nível de preocupação/stress não se justifica e por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba por desenvolver sintomas físicos como: postura tensa e/ou sensação de fadiga. Considera que essa pessoa tem <b>Perturbação de Ansiedade Generalizada</b> ?				
3	Quando uma pessoa vivencia diminuição do humor durante duas ou mais semanas, diminuição do prazer e do interesse nas suas atividades normais, mudanças no apetite e no padrão de sono, na sua opinião essa pessoa tem <b>Transtorno Depressivo Maior</b> ?				
4	Na sua opinião as <b>Perturbações da Personalidade</b> são uma categoria de doenças mentais?				
5	Na sua opinião a <b>Distímia</b> é considerada um transtorno mental?				
6	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Agorafobia</b> inclui a ansiedade em situações, durante as quais, a possibilidade de se retirar seja difícil ou constrangedora?				
7	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Transtorno Bipolar</b> inclui vivenciar períodos de alternância entre a elevação e a diminuição do humor?				
8	Na sua opinião o diagnóstico de <b>Dependência de Drogas</b> inclui a tolerância física e psicológica (i.e., é necessária uma quantidade maior de droga para obter o mesmo efeito)?				
9	De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, as <b>mulheres estão mais propensas a vivenciar uma doença mental, de qualquer tipo, do que os homens</b> ?				
10	De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, os <b>homens estão mais propensos a vivenciar transtorno de ansiedade do que as mulheres</b> ?				
11	Na sua opinião a <b>Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</b> baseia-se em enfrentar pensamentos negativos e aumentar os comportamentos benéficos?				
12	Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b> : <i>Se há o risco imediato de danos para você ou para outros</i>				
13	Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade</b> : <i>Se não está em risco de vida e os profissionais de saúde querem quebrar a confidencialidade para assistir outros para que o possam apoiar melhor</i>				

Ao escolher a sua resposta, considere que:

1 - Muito inútil (estou certo de que NÃO é útil); 2 - Inútil (acho que é inútil, mas não tenho certeza);  
3 - Útil (Eu acho que é útil, mas não tenho certeza); 4 - Muito útil (estou certo de que é muito útil)

Nº	Questões	1	2	3	4
14	Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções (tornando-se ansiosa e/ou depressiva), <b>melhorar a qualidade do seu sono?</b>				
15	Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções <b>evitar atividades ou situações que a fazem sentir-se ansiosa?</b>				

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem Concordo ou Discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente

Nº	Questões	1	2	3	4	5
16	Considero que sei onde obter informações sobre doença mental.					
17	Tenho confiança no uso do computador ou telemóvel para procurar informações sobre doença mental.					
18	Considero que numa consulta presencial com o médico de família (ou de clínica geral), obtenho informações sobre doença mental.					
19	Estou confiante que tenho acesso a recursos (p. ex. profissionais de saúde, internet, amigos) que posso usar para obter informações sobre Doença mental.					
20	Pessoas com doenças mentais podem ficar curadas, apenas pela sua própria vontade.					
21	Uma doença mental é um sinal de fraqueza pessoal.					
22	Uma doença mental não é realmente uma doença de índole medica.					
23	Pessoas com doenças mentais são perigosas.					
24	É melhor evitar pessoas com uma doença mental, assim não corro o risco de desenvolver o mesmo problema.					
25	Se eu tivesse uma doença mental, não contaria a ninguém.					
26	Procurar um profissional de saúde mental significa, que não sou forte o suficiente para lidar com as minhas próprias dificuldades.					
27	Se eu tivesse uma doença mental, não procuraria ajuda de um profissional da saúde mental.					
28	Acredito que o tratamento para uma doença mental, oferecido por profissionais na área da saúde mental, não seria eficaz.					

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1 - Definitivamente sem vontade; 2 - Provavelmente sem vontade; 3 - Indiferente; 4 - Provavelmente com vontade; 5 - Definitivamente com vontade

Nº	Questões	1	2	3	4	5
29	Estaria disposto a mudar-se para um local em que um vizinho tivesse uma doença mental?					
30	Estaria disposto a socializar uma noite com uma pessoa que sofra de uma doença mental?					
31	Aceitaria fazer amizade com alguém que sofra de uma doença mental?					
32	Aceitaria começar a trabalhar diretamente com alguém que sofra de uma doença mental?					
33	Aceitaria que alguém com uma doença mental se casasse com um familiar seu?					
34	Votaria num político se soubesse que ele teve uma doença mental?					
35	Empregava alguém se soubesse que tem uma doença mental?					



## Anexo 11. Consentimento livre e esclarecido - painel de peritos.

### Declaração de consentimento - Painel de Peritos

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo

Caro Estudante,

Sou aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a desenvolver uma dissertação de mestrado intitulada "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo", sob orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho, no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Proponho-me desenvolver uma investigação em estudantes do ensino superior, tendo em vista os seguintes objetivos:

- avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem
- avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem;
- contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem através do apoio fornecido para a prática clínica;
- desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para promoção da saúde mental nos estudantes de enfermagem.

Para avaliar a literacia em saúde mental será utilizado o *Mental Health Literacy Scale*. É necessário proceder à tradução e adaptação deste instrumento para a população portuguesa. Para executar essa tarefa usou-se como referencial teórico as sugestões de Beaton *et al.* (2002). De acordo com essa metodologia, o processo de tradução e validação da HMLS terá as seguintes etapas: tradução inicial (2 versões), síntese de traduções, retroversão (2 versões), síntese de retroversões, revisão por painel de peritos, pré-teste.

A sua participação é decisiva para a concretização desta investigação, pelo que pedimos que colabore na quinta etapa do processo de tradução e validação deste instrumento. Nesta pretende-se avaliar a validade de conteúdo da versão obtida das etapas anteriores, por forma a obter a versão que deverá ser submetida a pré-teste. Esta será definida quando o Índice Geral de Concordância Global for obtido entre os peritos.

Ao prosseguir com o preenchimento deste documento está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo. Declarando que compreendeu a explicação que foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomou conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-lhe afirmado que tem o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo. Por isso, declaro aceitar a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Anexo 12. Consentimento livre e esclarecido - estudantes de enfermagem.**

**Declaração de consentimento destinada a participantes em estudos de investigação**

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo

Caro Estudante,

O meu nome é Adriana Loureiro, sou aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a desenvolver uma dissertação de mestrado intitulada "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo", sob orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho, no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Proponho-me desenvolver uma investigação em estudantes do ensino superior, tendo em vista os seguintes objetivos: avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem; avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem.

A sua participação é decisiva para a concretização desta investigação, pelo que pedimos que colabore respondendo com a máxima sinceridade a todas as perguntas. A mesma não acarreta riscos ou benefícios para si.

Consentimento informado: as respostas são absolutamente anónimas e confidenciais, no entanto, se por qualquer razão não desejar participar tem todo o direito de o fazer.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar. A sua opinião é muito importante para que este estudo venha a ser útil.

Não há respostas certas ou erradas.

Em nenhum momento a informação recolhida será usada como elemento de avaliação individual ou da Instituição que frequenta.

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo. Declarando que compreendeu a explicação que foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomou conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-lhe afirmado que tem o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo. Por isso, declaro aceitar a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



### Anexo 13. Consentimento livre e esclarecido - retroversores.

#### **Declaração de consentimento - Retroversor**

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo

Caro tradutor,

Sou aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a desenvolver uma dissertação de mestrado intitulada "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo", sob orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho, no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Proponho-me desenvolver uma investigação em estudantes do ensino superior, tendo em vista os seguintes objetivos:

- avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem
- avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem;
- contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem através do apoio fornecido para a prática clínica;
- desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para promoção da saúde mental nos estudantes de enfermagem.

Para avaliar a literacia em saúde mental será utilizado o *Mental Health Literacy Scale*. É necessário proceder à tradução e adaptação deste instrumento para a população portuguesa. Para executar essa tarefa usou-se como referencial teórico as sugestões de Beaton *et al.* (2002). De acordo com essa metodologia, o processo de tradução e validação da HMLS terá as seguintes etapas: tradução inicial (2 versões), síntese de traduções, retroversão (2 versões), síntese de retroversões, revisão por painel de peritos, pré-teste.

A sua participação é decisiva para a concretização desta investigação, pelo que pedimos que colabore na terceira e quarta etapas do processo de tradução e validação deste instrumento.

Ao prosseguir com o preenchimento deste documento está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo. Declarando que compreendeu a explicação que foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomou conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-lhe afirmado que tem o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo. Por isso, declaro aceitar a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_





## Anexo 14. Consentimento livre e esclarecido - tradutores.

### Declaração de consentimento - Tradutor

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo

Caro tradutor,

Sou aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a desenvolver uma dissertação de mestrado intitulada "Literacia e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Académico: Desenvolvimento de Aplicativo", sob orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho, no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Proponho-me desenvolver uma investigação em estudantes do ensino superior, tendo em vista os seguintes objetivos:

- avaliar a literacia em saúde mental dos alunos de enfermagem
- avaliar a saúde mental dos estudantes de enfermagem;
- contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem através do apoio fornecido para a prática clínica;
- desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para promoção da saúde mental nos estudantes de enfermagem.

Para avaliar a literacia em saúde mental será utilizado o *Mental Health Literacy Scale*. É necessário proceder à tradução e adaptação deste instrumento para a população portuguesa. Para executar essa tarefa usou-se como referencial teórico as sugestões de Beaton *et al.* (2002). De acordo com essa metodologia, o processo de tradução e validação da HMLS terá as seguintes etapas: tradução inicial (2 versões), síntese de traduções, retroversão (2 versões), síntese de retroversões, revisão por painel de peritos, pré-teste.

A sua participação é decisiva para a concretização desta investigação, pelo que pedimos que colabore na primeira e segunda etapas do processo de tradução e validação deste instrumento.

Ao prosseguir com o preenchimento deste documento está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo. Declarando que compreendeu a explicação que foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomou conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-lhe afirmado que tem o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo. Por isso, declaro aceitar a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## Anexo 15. Resultados estatísticos QSM+

Fatores QSM+	N	Limite inferior/superior	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Variância
F1: Satisfação Pessoal	447	8/32	12,77	3,912	8	29	15,305
F2: Atitude Pró-Social	447	3/12	4,20	1,101	3	8	1,212
F3: Autocontrolo	447	5/20	10,72	2,898	5	20	8,399
F4: Autonomia	447	6/24	11,08	2,936	6	23	8,619
F5: Resolução de Problemas e Realização Pessoal	447	12/48	19,31	4,351	12	34	18,931
F6: Habilidades de Relação Interpessoal	447	5/20	8,57	2,411	5	20	5,815
N válido (listwise)	447						

Tabela 16: Fatores QSM+.

		Respostas							
		Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	4. Gosto de mim como sou	158	35.3	185	41.4	93	20.8	11	2.5
	6. Sinto-me capaz de explodir	17	3.8	42	9.4	235	52.6	153	34.2
	7. Para mim a vida é aborrecida e monótona	4	0.9	26	5.8	162	36.2	255	57.0
	12. Vejo o meu futuro com pessimismo	5	1.1	20	4.5	163	36.5	259	57.9
	14. Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam	5	1.1	20	4.5	102	22.8	320	71.6
	31. Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada	4	0.9	22	4.9	58	13.0	363	81.2
	38. Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)	16	3.6	31	6.9	165	36.9	235	52.6
	39. Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico	29	6.5	47	10.5	189	42.3	182	40.7

Tabela 2: Fator 1- Satisfação Pessoal

		Respostas							
		Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	1. Para mim é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das minhas	4	0.9	18	4.0	186	41.6	239	53.5
	3. Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	3	0.7	8	1.8	46	10.3	390	87.2
	24. Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	6	1.3	23	5.1	169	37.8	249	55.7

Tabela 3: Fator 2 - Atitude Pró-Social.

		Respostas							
		Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	2. Os problemas bloqueiam-me facilmente	16	3.6	51	11.4	272	60.9	108	24.2
	5. Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	66	14.8	222	49.7	114	32.2	15	3.4
	21. Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	21	4.7	150	33.6	183	40.9	93	20.8
	22. Sou capaz de manter um bom autocontrolo	96	21.5	209	46.8	127	28.4	15	3.4
	26. Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o equilíbrio pessoal	73	16.3	235	52.6	126	28.2	13	2.9

Tabela 417: Fator 3 - Autocontrolo.

		Respostas							
		Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	10. Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim	19	4.3	83	18.6	216	48.3	129	28.9
	13. As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar decisões	8	1.8	45	10.1	262	58.6	132	29.5
	19. Preocupa-me que as pessoas me critiquem	23	5.1	77	17.2	240	53.7	107	23.9
	33. Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais	3	0.7	19	4.3	102	22.8	323	72.3
	34. Quando tenho de tomar decisões importantes fico muito inseguro(a)	24	5.4	68	15.2	271	60.6	84	18.8
	35. Sou capaz de dizer não quando o quero dizer	194	43.4	152	34.0	89	19.9	12	2.7

Tabela 5: Fator 4 - Autonomia.

		Respostas							
		Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	11. Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	117	26.2	228	51.0	90	20.1	12	2.7
	15. Sou capaz de tomar decisões por mim mesmo	257	57.5	152	34.0	34	7.6	4	0.9
	16. Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem	238	28.6	178	39.8	120	26.8	21	4.7
	17. Procuro melhorar como pessoa	342	76.5	89	19.9	13	2.9	3	0.7
	23. Penso que sou uma pessoa digna de confiança	393	87.9	48	10.7	5	1.1	1	0.2
	25. Penso nas necessidades dos outros	212	47.4	192	43.0	43	9.6	-	-
	27. Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	199	44.5	219	49.0	29	6.5	-	-
	28. Perante um problema sou capaz de solicitar informação	155	34.7	233	52.1	56	12.5	3	0.7
	29. As alterações que ocorrem no meu quotidiano estimulam-me	80	17.9	233	52.1	129	28.9	5	1.1
	32. Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	272	60.9	141	31.5	30	6.7	4	0.9
	36. Quando tenho um problema procuro arranjar soluções	258	57.7	165	36.9	22	4.9	2	0.4
	37. Gosto de ajudar os outros	371	83.0	71	15.9	4	0.9	1	0.2

Tabela 6: Fator 5 - Resolução de Problemas e Realização Pessoal.

		Respostas							
		Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	8. Para mim é difícil dar apoio emocional	5	1.1	11	2.5	140	31.3	291	65.1
	9. Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	2	0.4	21	4.7	163	36.5	261	48.4
	18. Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)	150	33.6	222	49.7	70	15.7	5	1.1
	20. Considero-me uma pessoa sociável	154	34.5	177	39.6	100	22.4	16	3.6
	30. Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores	176	39.4	176	39.4	73	16.3	22	4.9

Tabela 7: Fator 6 - Habilidades de Relação interpessoal.





Anexo 16. Resultados estatísticos Escala de Literacia em Saúde Mental

		Respostas							
		Muito pouco provável		Pouco provável		Provável		Muito provável	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	1. Se uma pessoa fica extremamente nervosa e ansiosa em situações de interação com outras pessoas (p. ex. numa festa) ou apresentações (ex. apresentação numa reunião) onde tem receio de estar a ser avaliada por terceiros e começa a agir de forma humilhante ou sente-se embaraçada, considera que essa pessoa tem <b>Fobia Social</b> ?	36	8.1	104	23.3	249	55.7	58	13.0
	2. Quando uma pessoa vivencia uma preocupação excessiva numa situação ou numa série de eventos/atividades nas quais o nível de preocupação/stress não se justifica e por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba por desenvolver sintomas físicos como: postura tensa e/ou sensação de fadiga. Considera que essa pessoa tem <b>Perturbação de Ansiedade Generalizada</b> ?	12	2.7	76	17.0	254	56.8	105	23.5
	3. Quando uma pessoa vivencia diminuição do humor durante duas ou mais semanas, diminuição do prazer e do interesse nas suas atividades normais, mudanças no apetite e no padrão de sono, na sua opinião essa pessoa tem <b>Transtorno Depressivo Major</b> ?	51	11.4	130	29.1	208	46.5	58	13.0
	4. Na sua opinião as <b>Perturbações da Personalidade</b> são uma categoria de doenças mentais?	5	1.1	21	4.7	89	19.9	332	74.2
	5. Na sua opinião a <b>Distímia</b> é considerada um transtorno mental?	35	7.8	85	19.0	210	47.0	117	26.1
	6. Na sua opinião o diagnóstico de <b>Agorafobia</b> inclui a ansiedade em situações, durante as quais, a possibilidade de se retirar seja difícil ou constrangedora?	42	9.4	90	20.1	240	53.7	75	16.8
	7. Na sua opinião o diagnóstico de <b>Transtorno Bipolar</b> inclui vivenciar períodos de alternância entre a elevação e a diminuição do humor?	8	1.8	13	2.9	94	21.0	332	74.2
	8. Na sua opinião o diagnóstico de <b>Dependência de Drogas</b> inclui a tolerância física e psicológica (i.e., é necessária uma quantidade maior de droga para obter o mesmo efeito)?	26	5.8	63	14.1	129	28.9	229	51.2

Tabela 18: Componente LSM - "Habilidade para reconhecer transtornos mentais".

		Respostas							
		Muito pouco provável		Pouco provável		Provável		Muito provável	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	9. De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, as <b>mulheres estão mais propensas a vivenciar uma doença mental, de qualquer tipo, do que os homens?</b>	61	13.6	89	19.9	170	38.0	126	28.2
	10. De uma forma geral, na sua opinião, em Portugal, os <b>homens estão mais propensos a vivenciar transtorno de ansiedade do que as mulheres?</b>	16	3.6	49	11.0	257	57.5	125	28.0

Tabela 2: Componente LSM - Conhecimento sobre causas e fatores de risco.

		Respostas							
		Muito pouco provável		Pouco provável		Provável		Muito provável	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	11. Na sua opinião a <b>Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</b> baseia-se em enfrentar pensamentos negativos e aumentar os comportamentos benéficos?	14	3.1	87	19.5	257	57.5	89	19.9
	12. Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade: Se há o risco imediato de danos para você ou para outros</b>	16	3.6	34	7.6	129	28.9	268	60.0
	13. Os profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto em certas condições isso não se aplica. Em que medida você acha ser provável que o seguinte seja uma condição que permita a um profissional de saúde mental <b>quebrar a confidencialidade: Se não está em risco de vida e os profissionais de saúde querem quebrar a confidencialidade para assistir outros para que o possam apoiar melhor</b>	25	5.6	72	16.1	147	32.9	203	45.4

Tabela 3: Componente LSM - Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível.

		Respostas							
		Muito inútil		Inútil		Útil		Muito útil	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	14. Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções (tornando-se ansiosa e/ou depressiva), <b>melhorar a qualidade do seu sono?</b>	8	1.8	15	3.4	114	25.5	310	69.4
	15. Em que medida considera que seria benéfico, para uma pessoa com dificuldade em gerir as suas emoções <b>evitar atividades ou situações que a fazem sentir-se ansiosa?</b>	98	21.9	151	33.8	137	30.6	61	13.6

Tabela 4: Componente LSM - Conhecimento sobre estratégias de autoajuda.

		Respostas									
		Discordo totalmente		Discordo		Nem concordo nem Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	16. Considero que sei onde obter informações sobre doença mental.	71	1.6	41	9.2	85	19.0	242	54.1	72	16.1
	17. Tenho confiança no uso do computador ou telemóvel para procurar informações sobre doença mental.	12	2.7	57	12.8	105	23.5	200	44.7	73	16.3
	18. Considero que numa consulta presencial com o médico de família (ou de clínica geral), obtenho informações sobre doença mental.	34	7.6	99	22.1	125	28.0	134	30.0	55	12.3
	19. Estou confiante que tenho acesso a recursos (p. ex. profissionais de saúde, internet, amigos) que posso usar para obter informações sobre Doença mental.	4	0.9	23	5.1	79	17.7	212	47.4	129	28.9

Tabela 19: Componente LSM - Conhecimento sobre as formas de procurar informação sobre saúde mental.

		Respostas									
		1		2		3		4		5	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	20. Pessoas com doenças mentais podem ficar curadas, apenas pela sua própria vontade.	7	1.6	43	9.6	109	24.4	182	40.7	106	23.7
	21. Uma doença mental é um sinal de fraqueza pessoal.	2	0.4	11	2.5	28	6.3	63	14.1	343	76.7
	22. Uma doença mental não é realmente uma doença de índole medica.	8	1.8	11	2.5	35	7.8	60	13.4	333	74.5
	23. Pessoas com doenças mentais são perigosas.	6	1.3	29	6.5	146	32.7	129	28.9	137	30.6
	24. É melhor evitar pessoas com uma doença mental, assim não corro o risco de desenvolver o mesmo problema.	2	0.4	5	0.4	21	4.7	61	13.6	358	80.1
	25. Se eu tivesse uma doença mental, não contaria a ninguém.	4	0.9	17	3.8	100	22.4	146	32.7	180	40.3
	26. Procurar um profissional de saúde mental significa, que não sou forte o suficiente para lidar com as minhas próprias dificuldades.	8	1.8	21	4.7	17	3.8	57	12.8	344	77.0
	27. Se eu tivesse uma doença mental, não procuraria ajuda de um profissional da saúde mental.	-	-	9	2.0	30	6.7	77	17.2	331	74.0
	28. Acredito que o tratamento para uma doença mental, oferecido por profissionais na área da saúde mental, não seria eficaz.	3	0.7	11	2.5	41	9.2	89	19.9	303	67.8

Tabela 6: Componente LSM - Atitudes que promovem reconhecimento e autoajuda apropriada (itens com cotação inversa). [Legenda: 1- discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - nem concordo nem discordo; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente].

		Respostas									
		1		2		3		4		5	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Itens	29. Estaria disposto a mudar-se para um local em que um vizinho tivesse uma doença mental?	13	2.9	50	11.2	256	57.3	75	16.8	53	11.9
	30. Estaria disposto a socializar uma noite com uma pessoa que sofra de uma doença mental?	1	0.2	32	7.2	139	31.1	167	37.4	108	24.2
	31. Aceitaria fazer amizade com alguém que sofra de uma doença mental?	2	0.4	9	2.0	114	25.5	169	37.8	153	34.2
	32. Aceitaria começar a trabalhar diretamente com alguém que sofra de uma doença mental?	1	0.2	25	5.6	137	30.6	162	36.2	122	27.3
	33. Aceitaria que alguém com uma doença mental se casasse com um familiar seu?	1	0.2	29	6.5	165	36.9	113	25.3	139	31.1
	34. Votaria num político se soubesse que ele teve uma doença mental?	29	6.5	85	19.0	185	41.4	88	19.7	60	13.4
	35. Empregava alguém se soubesse que tem uma doença mental?	11	2.5	61	13.6	161	36.0	131	29.3	83	18.6

Tabela 20:: Componente LSM - Atitudes que promovem reconhecimento e autoajuda apropriada (itens 29 a 35). [Legenda: 1- definitivamente sem vontade; 2 - Provavelmente sem vontade; 3 - Indiferente; 4 - Provavelmente com vontade; 5 - Definitivamente com vontade].



## Anexo 17. Análise Inferencial: Saúde Mental Positiva

	Sexo			
	U	P	Média	
			Feminino	Masculino
Saúde Mental Positiva	11358	.272	66.55	67.29
Fator 1: Satisfação pessoal	11367	0.274	12.69	13.25
Fator 2: Atitude Pró-Social	10688.5	0.061	4.15	4.49
Fator 3: Autocontrolo	9870.5	<b>0.008</b>	<b>10.88</b>	<b>9.77</b>
Fator 4: Autonomia	11503	0.340	11.04	11.31
Fator 5: Resolução de Problemas	11183.5	0.200	19.23	19.8
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	11750	0.486	8.55	8.68

Tabela 1: SMP e sexo.

	Deslocado			
	U	p	Média	
			Não	Sim
Saúde Mental Positiva	19441.5	0.174	66.13	67.89
Fator 1: Satisfação pessoal	21018.0	0.917	12.79	12.74
Fator 2: Atitude Pró-Social	18895.5	0.061	4.14	4.36
Fator 3: Autocontrolo	19143.5	0.108	10.59	11.01
Fator 4: Autonomia	19735.5	0.258	10.94	11.41
Fator 5: Resolução de Problemas	19258.5	0.132	19.09	19.80
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	20787.5	0.772	8.58	8.57

Tabela 21: SMP e estar deslocado.

	Tempo					
	H	p	Média			
			<30´	>30´	1h	>1h
Saúde Mental Positiva	5.836	0.120	66.94	68.00	66.12	70.42
Fator 1: Satisfação pessoal	6.435	0.092	12.55	13.45	13.00	13.51
Fator 2: Atitude Pró-Social	1.889	0.596	4.28	4.35	4.12	4.47
Fator 3: Autocontrolo	0.568	0.904	10.93	10.58	10.62	11.00
Fator 4: Autonomia	1.619	0.655	11.13	11.50	11.26	11.44
Fator 5: Resolução de Problemas	10.800	<b>0.013</b>	19.45	20.00	18.38	21.02
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	4.231	0.238	8.60	8.12	8.74	8.98

Tabela 322: SMP e tempo despendido em deslocações.



	Ano licenciatura					
	H	p	Média			
			1	2	3	4
Saúde Mental Positiva	9.786	0.020	69.56	65.09	64.19	66.36
Fator 1: Satisfação pessoal	3.189	0.363	13.3	12.75	12.17	12.64
Fator 2: Atitude Pró-Social	1.895	0.594	4.34	4.14	4.16	4.13
Fator 3: Autocontrolo	5.727	0.126	11.25	10.38	10.57	10.48
Fator 4: Autonomia	1.003	0.800	11.34	10.90	11.05	10.94
Fator 5: Resolução de Problemas	13.238	0.004	20.32	18.54	18.43	19.39
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	15.978	0.001	9.03	8.38	7.81	8.78

Tabela 4: SMP e ano de licenciatura.

	Estado Civil				
	H	P	Média		
			Solteiro	Casado	Divorciado
Saúde Mental Positiva	0.024	0.988	66.56	70.20	64.00
Fator 1: Satisfação pessoal	0.728	0.695	12.74	14.40	14.00
Fator 2: Atitude Pró-Social	0.074	0.964	4.19	4.50	4.00
Fator 3: Autocontrolo	0.338	0.845	10.73	10.40	10.00
Fator 4: Autonomia	0.100	0.951	11.06	11.80	11.00
Fator 5: Resolução de Problemas	0.000	1.00	19.29	19.90	19.00
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	1.829	0.401	8.56	9.20	6.00

Tabela 5: SMP e Estado Civil.

	Com quem vive				
	H	P	Média		
			Sozinho	Colegas	Família
Saúde Mental Positiva	1.417	0.492	68.20	67.94	66.19
Fator 1: Satisfação pessoal	0.086	0.958	13.5	12.77	12.75
Fator 2: Atitude Pró-Social	3.156	0.206	4.10	4.39	4.15
Fator 3: Autocontrolo	2.052	0.358	10.60	11.00	10.63
Fator 4: Autonomia	0.322	0.851	11.90	11.26	11.00
Fator 5: Resolução de Problemas	2.116	0.347	19.20	19.89	19.12
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	0.918	0.632	8.90	8.64	8.54

Tabela 23: SMP e com quem vive.

	Horas destinadas a lazer/socializar						
	H	P	Média				
			<8	8-10	11-13	14-16	>16
Saúde Mental Positiva	12.145	<b>0.016</b>	67.73	69.11	<b>63.34</b>	63.58	65.35
Fator 1: Satisfação pessoal	2.264	0.261	13.03	13.25	12.41	11.81	11.85
Fator 2: Atitude Pró-Social	5.311	0.257	4.25	4.28	4.00	4.07	4.50
Fator 3: Autocontrolo	11.130	<b>0.025</b>	11.00	11.22	<b>9.86</b>	10.26	10.46
Fator 4: Autonomia	18.708	<b>0.001</b>	11.30	11.77	10.34	<b>10.14</b>	10.77
Fator 5: Resolução de Problemas	2.197	0.268	19.52	19.79	18.60	18.74	19.12
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	4.459	0.347	8.64	8.81	8.13	8.56	8.57

Tabela 7: SMP e horas destinadas a lazer/socializar.

	Sentir-se pressionado no Rendimento Escolar			
	U	P	Média	
			Não	Sim
Saúde Mental Positiva	12845	0.000	<b>65.13</b>	71.42
Fator 1: Satisfação pessoal	12972	0.000	<b>12.28</b>	14.32
Fator 2: Atitude Pró-Social	16020	0.032	<b>4.14</b>	4.39
Fator 3: Autocontrolo	15414	0.10	<b>10.51</b>	11.36
Fator 4: Autonomia	15373	0.009	<b>10.89</b>	11.68
Fator 5: Resolução de Problemas	14357	0.001	<b>18.88</b>	20.62
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	15106	0.004	<b>8.42</b>	9.05

Tabela 24: SMP e sentir-se pressionado no rendimento escolar.

	Conjuga trabalho e estudos			
	U	p	Média	
			Não	Sim
Saúde Mental Positiva	13846	0.353	66.81	65.99
Fator 1: Satisfação pessoal	14440	0.715	12.73	12.98
Fator 2: Atitude Pró-Social	14453.5	0.714	4.19	4.27
Fator 3: Autocontrolo	12421.5	<b>0.022</b>	10.86	<b>10.10</b>
Fator 4: Autonomia	12421.5	0.100	11.17	10.67
Fator 5: Resolução de Problemas	14441	0.716	19.33	19.20
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	14011.5	0.436	<b>8.53</b>	8.78

Tabela 9: SMP e conjugação de trabalho e estudos.



# Anexo 18. Análise Inferencial: Literacia em Saúde Mental

	Sexo			
	U	p	Média	
			Feminino	Masculino
Literacia em Saúde Mental	8370.5	0.000	126.17	119.86
Reconhecimento de transtornos mentais	9456	0.002	24.83	23.72
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	11887	0.556	2.86	2.94
Conhecimento sobre procura de informação	11760.5	0.494	14.52	14.32
Conhecimento sobre fatores de risco	8262	0.000	6.01	5.32
Conhecimento sobre apoio profissional	11030	0.141	9.61	9.35
Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis	9098	0.001	65.18	61.34

Tabela 1: LSM e sexo.

	Deslocado			
	U	p	Média	
			Não	Sim
Literacia em Saúde Mental	18857.5	0.068	125.78	124.04
Reconhecimento de transtornos mentais	18447	0.031	24.87	24.20
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	20288.5	0.463	2.83	2.96
Conhecimento sobre procura de informação	20719.5	0.731	14.53	14.40
Conhecimento sobre fatores de risco	20376	0.526	5.95	5.83
Conhecimento sobre apoio profissional	20509.5	0.603	9.61	9.49
Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis	20506.5	0.609	64.80	64.23

Tabela 2: LSM e estar deslocado.

	Ano licenciatura					
	H	P	Média			
			1	2	3	4
Literacia em Saúde Mental	10.964	0.012	122.89	126.08	125.44	127.29
Reconhecimento de transtornos mentais	14.334	0.002	24.15	25.16	25.42	24.31
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	1.774	0.621	2.95	2.85	2.86	2.80
Conhecimento sobre procura de informação	9.858	0.020	14.51	14.56	13.80	14.94
Conhecimento sobre fatores de risco	25.283	0.000	5.95	5.88	6.35	5.55
Conhecimento sobre apoio profissional	4.437	0.218	9.49	9.88	9.55	9.46
Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis	12.263	0.007	63.07	64.67	64.18	64.62

Tabela 3: LSM e ano de licenciatura.

	Horas destinadas a lazer/socializar						
	H	P	Média				
			<8	8-10	11-13	14-16	>16
Literacia em Saúde Mental	3.521	0.475	124.90	126.12	125.37	126.02	122.19
Reconhecimento de transtornos mentais	5.227	0.265	24.50	25.08	24.31	24.67	<b>25.35</b>
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	5.439	0.245	2.93	<b>2.96</b>	2.69	2.86	2.62
Conhecimento sobre procura de informação	1.146	0.887	14.44	<b>14.67</b>	14.26	14.67	14.50
Conhecimento sobre fatores de risco	0.094	0.999	5.92	5.89	5.88	5.95	<b>6.04</b>
Conhecimento sobre apoio profissional	15.135	<b>0.004</b>	9.32	9.86	9.63	9.53	<b>10.08</b>
Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis	7.277	0.122	64.85	64.52	65.18	<b>65.21</b>	60.50

*Tabela 4: SMP e horas destinadas a lazer/socializar.*

## Anexo 19. Análise Inferencial: Literacia e Saúde Mental Positiva

	Literacia em Saúde Mental			
	H	p	Média	
			comunicativa	interativa
Saúde Mental Positiva	11.050	<b>0.001</b>	<b>70.18</b>	65.67
Fator 1: Satisfação pessoal	4.469	<b>0.035</b>	<b>13.33</b>	12.62
Fator 2: Atitude Pró-Social	9.998	<b>0.002</b>	<b>4.51</b>	4.12
Fator 3: Autocontrolo	3.008	0.083	11.17	10.59
Fator 4: Autonomia	2.083	0.149	11.47	10.97
Fator 5: Resolução de Problemas	14.722	<b>0.000</b>	<b>20.78</b>	18.90
Fator 6: Habilidades de relacionamento interpessoal	3.311	0.069	8.93	8.47

Tabela 25: SMP e LSM.

	Saúde Mental Positiva				
	H	P	Média		
			1	2	3
Literacia em Saúde Mental	2.599	0.273	125.33	125.13	104.00
Reconhecimento de transtornos mentais	3.070	0.215	24.69	24.69	15.00
Conhecimento sobre estratégias de autoajuda	116.266	<b>0.000</b>	2.62	4.19	<b>6.00</b>
Conhecimento sobre procura de informação	0.688	0.709	14.54	14.23	14.00
Conhecimento sobre fatores de risco	1.042	0.594	5.91	5.90	7.00
Conhecimento sobre apoio profissional	3.028	0.220	9.54	9.79	8.00
Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de comportamentos saudáveis	2.108	0.349	64.65	64.63	64.62

Tabela2: LSM e SMP (legenda: 1- Flourishing; 2 - intermédio; 3 - Languishing).

			QSM+	Escala de LSM
rô de Spearman	QSM+	Coefficiente de Correlação	1,000	-,169**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	447	447
	Escala de LSM	Coefficiente de Correlação	-,169**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	447	447

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 26: Correlação de Spearman para a SMP e LSM.



